

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Gestão

Área de especialização | Recursos Humanos

Dissertação

**Cultura Organizacional e Desempenho das Equipas dos
Cuidados de Saúde Primários do Alentejo Central**

Luís Pedro Carriço Pita Gomes

Orientador(es) | Maria de Fátima Oliveira
Andreia Teixeira Basílio

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Gestão

Área de especialização | Recursos Humanos

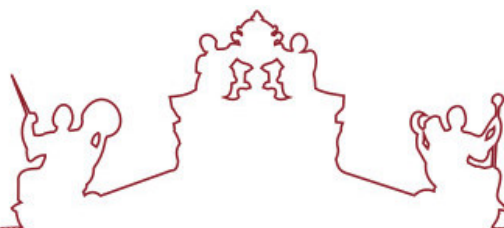
Dissertação

**Cultura Organizacional e Desempenho das Equipas dos
Cuidados de Saúde Primários do Alentejo Central**

Luís Pedro Carriço Pita Gomes

Orientador(es) | Maria de Fátima Oliveira
Andreia Teixeira Basílio

Évora 2020



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Marta da Conceição Soares da Silva Cruz Silvério (Universidade de Évora)

Vogais | Andreia Teixeira Basílio (Universidade de Évora) (Orientador)
Paulo Fernando Lopes Resende da Silva (Universidade de Évora) (Arguente)

*"Data can become information if we know the process involved.
Information can become knowledge if we know the system that is
operating. But knowledge can only become wisdom when we can see
how any system must change and can deal with that reality"*

Peter M. Allen

Resumo

Cultura Organizacional e Desempenho das Equipas dos Cuidados de Saúde Primários do Alentejo Central

A reforma de 2005 dos cuidados de saúde primários portugueses, promoveu mudanças na cultura organizacional. Através de uma abordagem quantitativa, tendo como estratégia de investigação a sondagem, aplicou-se o *Denisson Organizational Culture Survey*, com o objetivo de caracterizar a cultura organizacional das Equipas dos Cuidados de Saúde Primários do Alentejo Central.

Pretende-se investigar a existência de subculturas (profissionais e tipo de unidade), bem como de correlações entre a cultura organizacional e o desempenho das unidades (medido através do Índice de Desempenho Setorial: Área do Desempenho Assistencial).

Foi encontrada evidência empírica das referidas subculturas e de correlações positivas entre a cultura percebida pelos colaboradores e o desempenho das unidades. A dimensão *envolvimento* foi a que apresentou média mais elevada face às restantes dimensões. Os resultados apontam para a necessidade de reforço, através das políticas de recursos humanos, da dimensão *missão*, com o intuito de melhorar o desempenho das unidades.

Palavras-chave:

Cultura Organizacional; Desempenho; Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Organizational Culture and Performance in the Alentejo Central Primary Healthcare Units

In 2005, the primary health care reform in Portugal, promoted changes in the organizational culture. Using a quantitative approach, through survey as a research strategy, the *Denisson Organizational Culture Survey* was applied with the goal of characterizing the organizational culture of the Alentejo Central Primary Health Care Teams.

We intend to investigate the existence of subcultures (professionals and of type of unit), as well of correlations between organizational culture and performance (measured through the Índice de Desempenho Setorial: Área do Desempenho Assistencial).

Empirical evidence was found of the referred subcultures and of the existence of positive correlations between the organizational culture perceived by employees and the performance of the healthcare units. The *involvement* dimension was the one with the highest average compared to the other dimensions. The results point to the need to reinforce, through human resources policies, the *mission* dimension, to improve the performance of the healthcare teams.

Keywords:

Organizational Culture; Performance; Primary Healthcare.

Agradecimentos

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Fátima Jorge e Professora Doutora Andreia Dionísio, pela disponibilidade demonstrada, pelo estímulo e pelo apoio ao longo da sua realização;

À Cármen Alfaiate, minha colega de carteira, pela motivação para terminar este trabalho;

À Professora Doutora Laurência Gemito pelo seu apoio e pelos seus contributos;

Mas principalmente à Dora, a minha esposa, por tudo, sem ti não teria sequer começado, quanto mais terminado.

A todas vós

Muito Obrigado

ÍNDICE

Índice de Anexos	9
Índice de Figuras.....	10
Índice de Gráficos.....	11
Índice de Tabelas.....	14
Listagem de Abreviaturas ou Siglas	16
1. INTRODUÇÃO	17
1.1. Enquadramento do Tema e Justificações da Escolha.....	17
1.2. Formulação do Problema e dos Objetivos	20
1.3. Metodologia	21
1.4. Estrutura do Trabalho	22
2. REVISÃO DE LITERATURA: QUADRO CONCEPTUAL DA CO, MODELOS TIPOLOGICOS DE CO, DESEMPENHO EM SAÚDE E ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE CO E DESEMPENHO EM SAÚDE.....	24
2.1. Cultura Organizacional	24
2.1.1. Subculturas	30
2.2. Modelos Tipológicos de Cultura.....	33
2.2.1. Modelo de Cultura Organizacional de Denison.....	34
2.2.2. Modelo dos Valores Contrastantes	39
2.3. Desempenho em Saúde	41
2.4. Cultura Organizacional e Desempenho.....	47
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	59
3.1. Tipo de Investigação.....	59
3.2. Método de Estudo.....	60
3.3. Fontes de Recolha de Dados	61
3.3.1. Denison Organizational Culture Survey.....	61
3.3.2. Índice de Desempenho Sectorial da Área: Desempenho Assistencial (IDSADA)....	64

3.4.	Contexto e Participantes no Estudo	66
3.5.	Análise, Tratamento e Validação de Dados.....	68
3.6.	Calendário da Investigação	71
3.7.	Considerações Éticas	72
4.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
4.1.	Estatística Descritiva das Respostas ao Questionário	76
4.2.	Consistência Interna e Estrutura Relacional das Respostas.....	78
4.3.	Estatística Descritiva dos Indicadores da Cultura Organizacional.....	82
4.4.	Estatística Inferencial	85
4.4.1.	Grupos Profissionais	85
4.4.2.	Tipo de Unidade	88
4.5.	Correlação entre a Percepção da Cultura Organizacional e o Desempenho	91
5.	CONCLUSÕES.....	94
5.1.	Conclusões Gerais	94
5.2.	Limitações da Investigação.....	96
5.3.	Linhas de Investigação Futuras	97
	BIBLIOGRAFIA	98
	ANEXOS	105

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Matriz Multidimensional do Índice de Desempenho Sectorial da Área de Desempenho Assistencial no Ano de 2019.....	I
Anexo II: Indicadores com impacto na avaliação do Índice de Desempenho Sectorial Área do Desempenho Assistencial no Ano de 2019.....	III
Anexo III – Questionário.....	VI
Anexo IV – Histogramas das Respostas às Questões do Inquérito.....	XXXIV
Anexo V – Outputs da Análise Fatorial para os Indicadores da Cultura Organizacional.....	LIX
Anexo VI - Diagrama de Caixa dos Indicadores da Cultura Organizacional.....	LXXII
Anexo VII - Diagrama de Caixa dos Indicadores da Cultura Organizacional por Grupo Profissional.....	LXXIX
Anexo VIII - Diagrama de Caixa dos Indicadores da Cultura Organizacional por Tipo de Unidade.....	LXXXVI
Anexo IX – Outputs dos Testes Não Paramétricos.....	XCIII
Anexo X - Output da Correlação de Pearson entre os Indicadores da Cultura Organizacional e a Mediana do Desempenho dos Indicadores do Índice de Desempenho Sectorial Área do Desempenho Assistencial por Tipologia de Unidade.....	XCVI

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Relação entre a Cultura Organizacional e a Eficácia.	35
Figura 2: Modelo de Cultura Organizacional de Denison.....	36
Figura 3: Representação relação entre os três conjuntos de valores e os critérios de eficácia.	39
Figura 4: Nível Organizacional do Modelo Multinível de Cultura e Clima.	52
Figura 5: Modelo Lato de Cultura e Clima nos Serviços de Saúde de West, Topakas, e Dawson (2014)	53
Figura 6: Organograma do ACES Alentejo Central	67
Figura 7: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Empowerment.....	LX
Figura 8: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Orientação para a Equipa.....	LXI
Figura 9: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Capacidade de Desenvolvimento.....	LXII
Figura 10: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Valores Nucleares.....	LXIII
Figura 11: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Acordo	LXIV
Figura 12: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Coordenação e Integração	LXV
Figura 13: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Criação de Mudança.....	LXVI
Figura 14: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Foco no Cliente.....	LXVII
Figura 15: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Aprendizagem Organizacional	LXVIII
Figura 16: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Direção Estratégica e Intenção.....	LXIX
Figura 17: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Metas e Objetivos	LXX
Figura 18: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Visão	LXXI
Figura 19: Output da Correlação de Pearson entre os Indicadores da Cultura Organizacional e a Mediana do Desempenho nos Indicadores do Índice de Desempenho Sectorial Área do Desempenho Assistencial por Tipologia de Unidade.	XCVII

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Histograma das Respostas a EMP1.....	XXXV
Gráfico 2: Histograma das Respostas a EMP2.....	XXXV
Gráfico 3: Histograma das Respostas a EMP4.....	XXXVI
Gráfico 4: Histograma das Respostas a EMP4.....	XXXVI
Gráfico 5: Histograma das Respostas a TO1.....	XXXVII
Gráfico 6: Histograma das Respostas a TO2.....	XXXVII
Gráfico 7: Histograma das Respostas a TO3.....	XXXVIII
Gráfico 8: Histograma das Respostas a TO4.....	XXXVIII
Gráfico 9: Histograma das Respostas a CD1.....	XXXIX
Gráfico 10: Histograma das Respostas a CD2.....	XXXIX
Gráfico 11: Histograma das Respostas a CD3.....	XL
Gráfico 12: Histograma das Respostas a CD4.....	XL
Gráfico 13: Histograma das Respostas a CV1.....	XLI
Gráfico 14: Histograma das Respostas a CV2.....	XLI
Gráfico 15: Histograma das Respostas a CV3.....	XLII
Gráfico 16: Histograma das Respostas a CV4.....	XLII
Gráfico 17: Histograma das Respostas a AGR1	XLIII
Gráfico 18: Histograma das Respostas a AGR2	XLIII
Gráfico 19: Histograma das Respostas a AGR3	XLIV
Gráfico 20: Histograma das Respostas a AGR4	XLIV
Gráfico 21: Histograma das Respostas a CI1	XLV
Gráfico 22: Histograma das Respostas a CI2	XLV
Gráfico 23: Histograma das Respostas a CI3	XLVI
Gráfico 24: Histograma das Respostas a CI4	XLVI
Gráfico 25: Histograma das Respostas a CC1	XLVII
Gráfico 26: Histograma das Respostas a CC2	XLVII
Gráfico 27: Histograma das Respostas a CC3	XLVIII
Gráfico 28: Histograma das Respostas a CC4	XLVIII
Gráfico 29: Histograma das Respostas a CF1	XLIX
Gráfico 30: Histograma das Respostas a CF2	XLIX
Gráfico 31: Histograma das Respostas a CF3	L
Gráfico 32: Histograma das Respostas a CF4	L

Gráfico 33: Histograma das Respostas a OL1	LI
Gráfico 34: Histograma das Respostas a OL2	LI
Gráfico 35: Histograma das Respostas a OL3	LII
Gráfico 36: Histograma das Respostas a OL4	LII
Gráfico 37: Histograma das Respostas a SDI1	LIII
Gráfico 38: Histograma das Respostas a SDI2	LIII
Gráfico 39: Histograma das Respostas a SD3	LIV
Gráfico 40: Histograma das Respostas a SDI4	LIV
Gráfico 41: Histograma das Respostas a GO1	LV
Gráfico 42: Histograma das Respostas a GO2	LV
Gráfico 43: Histograma das Respostas a GO3	LVI
Gráfico 44: : Histograma das Respostas a GO4	LVI
Gráfico 45: Histograma das Respostas a VIS1	LVII
Gráfico 46: Histograma das Respostas a VIS2	LVII
Gráfico 47: Histograma das Respostas a VIS3	LVIII
Gráfico 48: Histograma das Respostas a VIS4	LVIII
Gráfico 49: Diagrama de Caixa Indicador Empowerment	LXXIII
Gráfico 50: Diagrama de Caixa Indicador Orientação para a Equipa	LXXIII
Gráfico 51: Diagrama de Caixa Indicador Capacidade de Desenvolvimento	LXXIV
Gráfico 52: Diagrama de Caixa Indicador Valores Nucleares	LXXIV
Gráfico 53: Diagrama de Caixa Indicador Acordo	LXXV
Gráfico 54: Diagrama de Caixa Indicador Coordenação e Integração.....	LXXV
Gráfico 55: Diagrama de Caixa Indicador Criação de Mudança	LXXVI
Gráfico 56: Diagrama de Caixa Indicador Foco no Cliente	LXXVI
Gráfico 57: Diagrama de Caixa Indicador Aprendizagem Organizacional	LXXVII
Gráfico 58: Diagrama de Caixa Indicador Direção Estratégica e Intenção	LXXVII
Gráfico 59: Diagrama de Caixa Indicador Metas e Objetivos.....	LXXVIII
Gráfico 60: Diagrama de Caixa Indicador Visão	LXXVIII
Gráfico 61: Diagrama de Caixa Indicador Empowerment por Grupo Profissional.....	LXXX
Gráfico 62: Diagrama de Caixa Indicador Orientação para a Equipa por Grupo Profissional.....	LXXX
Gráfico 63: Diagrama de Caixa Indicador Capacidade de Desenvolvimento por Grupo Profissional	LXXXI
Gráfico 64: Diagrama de Caixa Indicador Valores Nucleares por Grupo Profissional.....	LXXXI
Gráfico 65: Diagrama de Caixa Indicador Acordo por Grupo Profissional	LXXXII

Gráfico 66: Diagrama de Caixa Indicador Coordenação e Integração por Grupo Profissional	LXXXII
Gráfico 67: Diagrama de Caixa Indicador Criação de Mudança por Grupo Profissional.....	LXXXIII
Gráfico 68: Diagrama de Caixa Indicador Foco no Cliente por Grupo Profissional.....	LXXXIII
Gráfico 69: Diagrama de Caixa Indicador Aprendizagem Organizacional por Grupo Profissional.	LXXXIV
Gráfico 70: Diagrama de Caixa Indicador Direção Estratégica e Intenção por Grupo Profissional	LXXXIV
Gráfico 71: Diagrama de Caixa Indicador Metas e Objetivos por Grupo Profissional.....	LXXXV
Gráfico 72: Diagrama de Caixa Indicador Visão por Grupo Profissional	LXXXV
Gráfico 73: Diagrama de Caixa Indicador Empowerment por Tipo de Unidade	LXXXVII
Gráfico 74: Diagrama de Caixa Indicador Orientação para a Equipa por Tipo de Unidade	LXXXVII
Gráfico 75: Diagrama de Caixa Indicador Capacidade de Desenvolvimento por Tipo de Unidade	LXXXVIII
Gráfico 76: Diagrama de Caixa Indicador Valores Nucleares por Tipo de Unidade	LXXXVIII
Gráfico 77: Diagrama de Caixa Indicador Acordo por Tipo de Unidade	LXXXIX
Gráfico 78: Diagrama de Caixa Indicador Coordenação e Integração por Tipo de Unidade.....	LXXXIX
Gráfico 79: Diagrama de Caixa Indicador Criação de Mudança por Tipo de Unidade	XC
Gráfico 80: Diagrama de Caixa Indicador Foco no Cliente por Tipo de Unidade	XC
Gráfico 81: Diagrama de Caixa Indicador Aprendizagem Organizacional por Tipo de Unidade.....	XCI
Gráfico 82: Diagrama de Caixa Indicador Direção Estratégica e Intenção por Tipo de Unidade	XCI
Gráfico 83: Diagrama de Caixa Indicador Metas e Objetivos por Tipo de Unidade.....	XCII
Gráfico 84: Diagrama de Caixa Indicador Visão por Tipo de Unidade	XCII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Mediana do Desempenho por Tipo de Unidade nas Dimensões do Índice de Desempenho Sectorial da Área do Desempenho Assistencial.	66
Tabela 2: Colaboradores das USF e USCP por profissão e Tipo de Unidade em Abril de 2020.	68
Tabela 3: Cronograma das Atividades.....	71
Tabela 4: Número de respostas obtidas e taxa de resposta por tipo de unidade e grupo profissional	74
Tabela 5: Distribuição da População por Grupo profissional e Tipo de Unidade e Distribuição da Amostra por Grupo Profissional e Tipo de Unidade	75
Tabela 6: Distribuição da População e da Amostra por Tipo de Unidade em função do Grupo Profissional.	75
Tabela 7: Média, Desvio Padrão, Assimetria e Curtose dos Itens do Questionário.....	77
Tabela 8: Alfas de Cronbach obtidos para a totalidade da amostra e por grupo profissional e tipo de unidade.....	78
Tabela 9: Valores do Alfa de Cronbach, comparados com os obtidos por Lousã e Gomes, (2016) e por Denison et al. (2006).	80
Tabela 10: Valores de KMO; Comunalidades; Eigenvalues; Percentagem Total da Variância Explicada pela da Análise Fatorial Exploratória.....	81
Tabela 11: Estatística Descritiva dos Indicadores.....	83
Tabela 12: Estatística Descritiva dos Indicadores por Tipologia de Unidade Funcional	83
Tabela 13: Estatística Descritiva dos Indicadores por Grupo Profissional.	84
Tabela 14: Resultado Teste Anova por Grupo Profissional.....	86
Tabela 15: Resultado do Teste t para a diferença das médias entre médicos e enfermeiros	86
Tabela 16: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre médicos e secretários Clínicos.	86
Tabela 17: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre enfermeiros e secretários clínicos.	87
Tabela 18: Resultados teste Anova para a diferença das médias entre os diversos tipos de unidade	88
Tabela 19: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre UCSP e USFA.....	88
Tabela 20: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre UCSP e USFB.....	89
Tabela 21: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre USFA e USFB.....	89
Tabela 23: Quadro resumo dos resultados da correlação de Pearson entre os resultados dos indicadores de cultura e a mediana do desempenho nas Dimensões do Desempenho Assistencial por tipo de unidade	92

Tabela 24: Matriz Multidimensional do Índice de Desempenho Sectorial da Área de Desempenho Assistencial no Ano de 2019.....	II
Tabela 25: Indicadores com impacto na avaliação do Índice de Desempenho Sectorial Área do Desempenho Assistencial no Ano de 2019.	IV
Tabela 26: Outputs do Teste de Jonckheere-Terpstra para a Diferença da Distribuição entre Tipos de Unidade	XCIV
Tabela 27: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre as UCSP e as USFA	XCIV
Tabela 28: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre as UCSP e as USFB	XCIV
Tabela 29: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre as USFA e as USFB	XCIV
Tabela 30: Outputs do Teste de Kruskal-Wallis para a Diferença da Mediana entre os Grupos Profissionais.....	XCV
Tabela 31: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre os Médicos e os Enfermeiros	XCV
Tabela 32: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre os Médicos e os Secretários Clínicos.....	XCV
Tabela 33: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre os Enfermeiros e os Secretários Clínicos.....	XCV

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACeS AC- Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central;

ARS Alentejo – Administração Regional de Saúde do Alentejo;

CO – Cultura Organizacional;

CSP: Cuidados de Saúde Primários;

DOCS – Denison Organizational Culture Survey;

IDSADA – Índice de Desempenho Sectorial da Área Desempenho Assistencial;

KMO - Critério de Kaiser-Meyer-Olkin;

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

USF – Unidade de Saúde Familiar;

USFA – Unidade de Saúde Familiar modelo A;

USFB – Unidade de Saúde Familiar modelo B

1. INTRODUÇÃO

1.1. Enquadramento do Tema e Justificações da Escolha

De acordo com Dixon-Woods et al. (2014), a nível mundial os governos têm tido como um dos objetivos políticos proporcionar cuidados de saúde seguros e de qualidade aos seus cidadãos. No entanto, na opinião destes autores os progressos têm sido lentos e os doentes continuam a receber cuidados de saúde de fraca qualidade, continuando a ocorrer episódios de iatrogenia.

Na senda do anteriormente descrito, em 2005 o governo português nomeou um grupo de trabalho com o objetivo de aperfeiçoar as mais-valias representadas pelo património material, técnico, científico e cultural da rede de centros de saúde, melhorando a segurança e satisfação dos utilizadores, garantindo cuidados de proximidade eficazes e aumentando o nível de saúde da população (Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 27 de abril). Em resultado do trabalho deste grupo, ainda durante o ano de 2005 iniciou-se a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro). Do trabalho da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de desenvolver uma matriz organizativa que conduzisse à reconfiguração dos centros de saúde, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e à melhoria da acessibilidade, surgiram em 2007 (através da publicação do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto), as Unidades de Saúde Familiar (USF).

Atualmente existem dois modelos de USF:

- USF Modelo A (USFA) – que corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar (médicos, enfermeiros e secretários clínicos), com regras e remunerações definidas pela Administração Pública (Biscaia & Heleno, 2017);
- USF Modelo B (USFB) – constituídas por equipas com um maior amadurecimento organizacional, dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente; possuem um regime retributivo especial para os médicos e incentivos financeiros para enfermeiros e secretários clínicos (Biscaia & Heleno, 2017).

Não obstante, continua a ser possível manter a organização anterior, não USF, em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), nos casos em que os profissionais não estão dispostos ou não se possam organizar em USF, funcionando num modelo mais verticalmente hierarquizado e com

menor autonomia, característico do modo de trabalhar nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) antes da reforma de 2005 (Biscaia & Heleno, 2017).

Em termos de desempenho, Pereira et al. (2018), concluíram através de uma análise custo-benefício com dados referentes a 2015, que as USFB: i. têm um custo por inscrito e por utilizador, significativamente inferior ao das UCSP, respetivamente, menos 32€ e menos 80€; ii. considerando uma “unidade padrão”, apresentam mais ganhos em saúde imediatos e a médio/longo prazo; iii. são mais eficientes, com custo global inferior em 352.832€.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, para Leone, Dussault, e Lapão (2014), promoveu a implementação de uma nova cultura de trabalho, através de uma gestão mais próxima e incentivando a governação clínica, contrariando as práticas anacrónicas, excessivamente centralizadoras e burocráticas da administração pública. As mudanças necessárias na cultura, no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde, são condensadas por Loyd (2001), em dois aspetos: i. na importância do trabalho em equipa e em parceria; ii. na necessidade de uma gestão do desempenho rigorosa.

Robbins (2009), defende que são os valores partilhados de uma cultura organizacional (CO) forte que asseguram o alinhamento estratégico nas organizações que achataram a sua estrutura, introduziram o trabalho em equipa, reduziram a formalização e deram mais autonomia aos seus colaboradores. Um processo semelhante ao que ocorreu nos cuidados de saúde primários com a criação das USF's, no qual se procura implementar um modelo de gestão que pressupõe flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, que requerem a existência de uma cultura orientada para o mercado e tendencialmente adocrática (Cruz & Ferreira, 2012).

O conceito de cultura é central no estudo das organizações, sendo utilizado pelos investigadores para explicar a variabilidade entre resultados atingidos, reforçando a ideia de que as diferenças no comportamento entre diversos atores não resultam apenas da sorte ou do seu caráter individual, mas muitas vezes de diferenças culturais (Giorgi, Lockwood, & Glynn, 2015).

Em situações de mudança, a cultura organizacional tanto pode facilitar como dificultar a implementação de estratégias, o que influencia a possibilidade de sucesso (Alvesson & Sveningsson, 2008). Neste tipo de situação, a cultura de uma organização assume maior importância uma vez que embora alterando os processos e as estratégias, se os valores, as orientações e os objetivos se mantêm constantes, as organizações voltam rapidamente ao seu *status quo* (Cameron & Quinn, 2006). Deste modo, tentar mudar a cultura organizacional existente antes de a conseguir compreender e gerir, em

regra não produz os resultados desejados (Leone et al., 2014; Schein, 2004). Mudar a cultura nunca é fácil, é demorado, exige muito esforço e dedicação aos envolvidos, implica muita escuta, comunicação e ação (Loyd, 2001), embora o resultado da maior parte dos esforços de mudança da cultura organizacional seja, de acordo com Gover, Halinski, e Duxbury (2015), o fracasso.

É mais barato gerir uma cultura organizacional saudável do que pagar os danos provocados por uma cultura inadequada (Warrick, Milliman, & Ferguson, 2016). Assim, e sendo a função primária de um líder a produção de mudança, caso a cultura da organização encoraje essa atividade ao longo de toda a estrutura, existirá um aumento do assumir de riscos, da iniciativa, da comunicação e da motivação dentro da organização. Estes permitirão servir melhor os interesses dos elementos chave (clientes, acionistas e colaboradores¹), através de processos que facilitam a mudança útil, quer no sentido *top to bottom* quer no sentido inverso (Kotter & Heskett, 1992), permitindo assim o sucesso. Não obstante, muitos dos líderes não estão conscientes do impacto significativo que a cultura pode ter, outros ainda que conscientes deste impacto, estão assoberbados pela quantidade (por vezes conflituante) de informação disponível sobre cultura organizacional (Warrick, 2017), impedindo-os de agir sobre a mesma.

A pesquisa na área da cultura organizacional proporciona conhecimento sobre o seu papel no sucesso ou insucesso das organizações, na capacidade de atrair e reter talento, bem como no modo como afeta o desempenho, o comportamento, o moral e o bem estar dos colaboradores de uma organização (Chatman & O'Reilly, 2016; Warrick et al., 2016). Conhecer a cultura organizacional é um fator chave para compreender a capacidade dos indivíduos e dos grupos para ultrapassar os problemas que advém das muitas circunstâncias adversas do dia a dia que ocorrem nos espaços de trabalho (Rocha, Gaioli, Camelo, Mininel, & Vegro, 2016). É, igualmente, um fator central para compreender o modo como as organizações funcionam (Chatman & O'Reilly, 2016) e para compreender todos os aspetos da vida de uma organização (Alvesson, 2002). No entanto, conhecer a cultura organizacional (e a sua teoria), mais do que ensinar “o que fazer”, pode ajudar a saber “o que não fazer”, e a estar preparado para os problemas resultantes de choques culturais (Alvesson, 2002).

¹ Embora Kotter e Heskett (1992), não usem o termo, a definição utilizada remete para o conceito de *stakeholder*, proposto por Freeman e Evan (1990).

Schein (2004), defende que o propósito de estudar a cultura organizacional varia entre a pesquisa pura, na qual o investigador tenta apresentar um desenho da cultura de uma organização a outros investigadores ou outras partes interessadas, ou ajudar uma organização a tomar consciência da sua própria cultura, sendo que os seus líderes estarão empenhados num projeto de mudança. Assim sendo, este estudo apresenta um contributo duplo, uma vez que contribui não apenas para ampliar a literatura existente como também para a tomada de consciência da cultura do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACeS AC), para que os seus líderes possam sobre ela agir.

1.2. Formulação do Problema e dos Objetivos

Atendendo ao anteriormente referido, pretende-se dar resposta à questão:

- Existe relação entre a cultura organizacional das equipas das UCSP e USF, e o seu desempenho?

Sendo o objetivo geral:

- Investigar a relação entre a cultura organizacional percecionada pelos colaboradores das UCSP e USF do ACeS AC e o desempenho das respetivas unidades.

O qual engloba os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a cultura organizacional predominantemente percecionada pelas equipas das UCSP e USF do ACeS AC através do *Denison Organizational Culture Survey* (DOCS);
- Investigar a existência de diferenças na perceção da cultura organizacional entre os colaboradores das unidades de saúde em função do tipo de unidade a que pertencem;
- Investigar a existência de diferenças na perceção da cultura organizacional entre os colaboradores das unidades de saúde em função do seu grupo profissional;
- Avaliar a relação entre a cultura organizacional percecionada pelos colaboradores das unidades de saúde e o desempenho das respetivas unidades, avaliado em termos dos resultados do Índice de Desempenho Sectorial da Área Desempenho Assistencial (IDSADA).

Assim, formulam-se as seguintes hipóteses:

- H_{11} A percepção da cultura organizacional das unidades de saúde do ACeS AC pelos seus colaboradores está relacionada com o tipo de unidade funcional a que pertencem.
- H_{12} : A percepção da cultura organizacional das unidades de saúde do ACeS AC pelos seus colaboradores está relacionada com o grupo profissional a que pertencem;
- H_{13} : Existe relação entre o desempenho, em termos do resultado no IDSADA, e a percepção da cultura organizacional pelos colaboradores das unidades de saúde.

1.3. Metodologia

Em função da questão de pesquisa, a qual visa avaliar a relação entre cultura organizacional e o desempenho nas equipas dos cuidados de saúde (UCSP e USF), optou-se por uma abordagem quantitativa, tendo como estratégia de investigação a sondagem.

Os dados primários foram obtidos pela aplicação do DOCS, com recurso às questões validadas por Lousã e Gomes (2016) com algumas alterações, onde a estrutura do questionário correspondeu à fornecida pela *Denisson Consulting GmbH*. A população correspondeu aos colaboradores das UCSP, USFA e USFB, do ACeS AC, num total de 342 colaboradores (médicos, enfermeiros e secretários clínicos). Os convites à participação no estudo foram enviados através de correio eletrónico individualizado (utilizando o endereço profissional) para cada um dos potenciais respondentes. Assim, o questionário foi aplicado por via *on-line*, tendo o mesmo ficado disponível para resposta no período de 15 de Abril a 30 de Maio de 2020. Foram obtidas 180 respostas, correspondendo a uma taxa de resposta de 52,63%. Os dados secundários², referentes a Fevereiro de 2020, foram extraídos do IDSADA, tendo sido utilizado para avaliar o desempenho das unidades.

² Dados públicos, e que podem ser consultados no sítio do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

Atendendo a que foram realizadas alterações ao DOCS, foi avaliada a consistência interna do questionário, pelo cálculo do Alfa de Cronbach das dimensões e dos indicadores. A estrutura dos indicadores do modelo de cultura organizacional de Denison do questionário foi confirmada com recurso à análise fatorial exploratória.

Obteve-se a estatística descritiva dos dados primários de modo a caracterizar a cultura organizacional predominantemente percebida pelas equipas das UCSP e USF do ACeS AC. As hipóteses H_{11} e H_{12} foram testadas a partir dos dados primários, tendo a inferência estatística sido efetuada pela ANOVA e *testes-t*. Finalmente, a H_{13} foi testada pela correlação entre os dados primários e secundários, através da Correlação Produto-Momento de Pearson. Para análise e tratamentos dos dados recorreu-se ao *software* SPSS® versão 24.

Atendendo a que a metodologia e a estratégia de investigação adotadas permitiram dar resposta à questão de investigação e aos objetivos propostos, consideram-se as mesmas adequadas.

1.4. Estrutura do Trabalho

Este trabalho de investigação é composto por cinco capítulos.

No primeiro capítulo efetua-se a introdução da problemática em estudo, onde para além de se apresentar o enquadramento da mesma, se justifica a sua pertinência. É, igualmente, apresentada nesta parte a questão de investigação e os objetivos que se pretendem atingir de modo a dar resposta à referida questão. Finalmente, justifica-se a escolha da metodologia adotada nesta investigação.

O segundo capítulo está reservado à revisão da literatura. Embora o foco da revisão da literatura seja a cultura organizacional, esta encontra-se focada na aplicação do conceito de cultura às organizações. Além disso, engloba também o conceito de subcultura, uma vez que o estudo possui o seu foco no setor da saúde. Esta revisão de literatura incide também nos modelos tipológicos de cultura, embora mais direcionada para dois modelos tipológicos específicos (o modelo de Denison e o modelo de Cameron e Quinn) devido à abordagem funcionalista escolhida. Contempla-se também na revisão de literatura o conceito de desempenho em saúde, com ênfase especial nas dificuldades associadas à publicação de resultados. Finalmente, a revisão de literatura abarca também a relação entre cultura organizacional e desempenho, focada no setor da saúde.

O terceiro capítulo está reservado, em primeiro lugar, à apresentação e justificação da metodologia de investigação adotada. Ou seja, justifica-se: a adoção de uma abordagem quantitativa; a adoção da sondagem enquanto método de estudo. Além disso, nesta parte apresentam-se também as fontes de recolha de dados utilizadas, ou seja, o DOCS (enquanto fonte de dados primários) e o IDSADA (enquanto fonte de dados secundários). Caracteriza-se, o objeto de estudo (ACeS AS) e a amostra (médicos; enfermeiros e secretários clínicos das USFA, USFB e UCSP). Finalmente, descreve-se o método de análise, tratamento e validação dos dados, apresenta-se o cronograma das atividades e efetua-se uma breve abordagem às questões éticas envolvidas.

No quarto capítulo do trabalho efetua-se a apresentação, análise e discussão dos resultados (do questionário; de consistência interna do questionário; da estrutura relacional das respostas; dos testes de hipóteses de diferenças entre grupos profissionais e entre tipo de unidade; da correlação entre as perceções da cultura organizacional e o desempenho) e descrevem-se os resultados dos indicadores (a globalidade, por tipo de unidade e por grupo profissional).

No quinto e último capítulo sumarizam-se as principais conclusões e identificam-se as limitações encontradas. Finalmente, apresentam-se futuras linhas de investigação, de modo a dar continuidade ao estudo efetuado.

2. REVISÃO DE LITERATURA: QUADRO CONCEITUAL DA CO, MODELOS TIPOLÓGICOS DE CO, DESEMPENHO EM SAÚDE E ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE CO E DESEMPENHO EM SAÚDE

2.1. Cultura Organizacional

Todas as organizações possuem uma cultura (Collins, 2007). Não obstante, o conceito de cultura organizacional é um conceito complexo, e como tal difícil de definir e de analisar (Alvesson, 2002; Martinez, Beaulieu, Gibbons, Pronovost, & Wang, 2015). Mas, de acordo com Alvesson (2002), a dimensão cultural é central em todos os aspectos da vida de uma organização, inclusive nas organizações nas quais os aspectos culturais não são alvo de uma atenção explícita. O modo como as pessoas numa organização pensam, sentem, valorizam e agem é guiado por ideias, significados e crenças de natureza cultural (Alvesson, 2002).

O conceito de cultura tem sido alvo de um debate acadêmico considerável nos últimos anos, existindo múltiplas abordagens no que concerne à sua definição e à forma como deve ser estudado (Schein, 2004), com a consequente falta de precisão sobre como medir a cultura (Chatman & O'Reilly, 2016). Embora este facto sirva de testemunho no que diz respeito à importância do conceito de cultura organizacional, simultaneamente cria dificuldades, uma vez que as múltiplas definições são confusas e inconsistentes (Chatman & O'Reilly, 2016; Schein, 2004). Giorgi et al. (2015), defendem que esta fragmentação, devida à proliferação de definições e conceptualizações de cultura organizacional, foi o preço pago pela popularidade do estudo da cultura organizacional.

As diferenças de significado atribuído ao conceito de cultura organizacional por diferentes investigadores, justificam-se em parte pela existência de duas concepções associadas ao conceito de cultura organizacional (Neves, 2000). Essas diferenças conceptuais justificam-se em função dos seguintes fatores: os interesses e as expectativas dos investigadores em relação ao uso dos resultados dos seus trabalhos; as opções teóricas e metodológicas que fizeram ao estudar a cultura organizacional (Neves, 2000). Em sentido idêntico, Kotrba et al. (2012), defendem que a multiplicidade de abordagens à cultura organizacional é devida à agenda específica de cada investigador, o que os induz a definir quais as dimensões relevantes da cultura organizacional de modo a que sirvam a sua agenda.

De acordo com Neves (2000), caso o investigador tenha como principal preocupação o desenvolvimento de teorias que descrevam e expliquem o funcionamento da organização, dará ênfase ao conhecimento, de forma aprofundada, da organização enquanto entidade considerada cultura.

Assim, a tarefa principal do investigador é explorar as organizações como uma experiência subjetiva ou intersubjetiva. O conhecimento é visto como um fim em si mesmo e o principal interesse é compreender os significados, os simbolismos e as ideias da comunidade estudada (Alvesson, 2002). A conceção de organização como sendo cultura, composta por diversas subculturas, implica compreender o seu funcionamento com base na autonomia do indivíduo ou do grupo, assente na diversidade de comportamentos e de divergências nas matrizes de referência, favorecendo abordagens mais descritivas, que remetem para métodos etnográficos de observação e análise da organização, considerando a sua especificidade em termos de cultura (Neves, 2000). Este tipo de abordagem, adota uma perspetiva interna, na qual é essencial ver o fenómeno sob os olhos do sujeito analisado (Martin, 2002). Para Chatman e O'Reilly (2016), os investigadores que defendem esta perspetiva da cultura (ênica), focam-se no nível interior da cultura organizacional³, sendo que sob este ponto de vista, qualitativo, a cultura é idiossincrática e não pode ser comparada com outras culturas.

Caso o investigador possua uma maior preocupação na aplicação prática e no controlo dos fenómenos organizacionais, centrar-se-á no comportamento da organização, com maior ênfase na funcionalidade e no controlo, e menor em termos de descrições e explicações dos fenómenos (Neves, 2000). Assim, a organização é vista como tendo uma cultura, e é a cultura que permite a adaptação dos indivíduos à organização, e da organização à sua envolvente. A cultura sob este prisma é apenas mais uma variável independente, podendo assumir a forma de causa, efeito ou fator moderador, sendo que a abordagem metodológica neste caso remete para modelos causais e métodos comparativos (Neves, 2000). Para Martin (2002) esta abordagem (*etic* ou externa) da cultura organizacional, inclui qualquer tipo de estudo, quantitativo ou qualitativo no qual as categorias em análise são impostas pelo investigador e não iniciadas por um membro da cultura em estudo. Chatman e O'Reilly (2016), classificam esta abordagem de funcionalista, afirmando que é focada no nível intermédio da cultura organizacional⁴. Alvesson (2002) defende que os adeptos desta visão de cultura partem do pressuposto de que a cultura organizacional, na maioria dos casos, encontra-se relacionada de algum modo com o desempenho da organização.

³ Os pressupostos e crenças, de acordo com o modelo cultura organizacional de Schein (2010).

⁴ As normas e valores do modelo de cultura organizacional de Schein (2010).

Atualmente a cultura é mais utilizada como uma lente teórica e metodológica ampla, e não como um objeto de estudo distinto (Weber & Dacin, 2011). Alvesson (2002), propõe a utilização de oito metáforas, que surgem através da justaposição do conceito de cultura com o conceito de organização, de modo a facilitar a compreensão dos quadros conceptuais existentes na pesquisa em cultura organizacional e, por consequência do impacto da cultura na prática da organização. As oito metáforas propostas por Alvesson (2002), são as seguintes:

- Cultura como “reguladora de trocas”: A cultura funciona como um mecanismo de controlo através do qual os contratos informais e as recompensas de longo prazo são reguladas, com a ajuda de valores e sistemas de referências comuns;
- Cultura como uma “bússola”: A cultura proporciona um sentido de direção e *guidelines* para as prioridades;
- Cultura como “cola social”: As ideias, os símbolos e os valores comuns são uma fonte de identificação com o grupo ou organização e impedem a fragmentação;
- Cultura como uma “vaca sagrada”: Na qual as assunções básicas e os valores apontam para um núcleo da organização com o qual os colaboradores estão fortemente comprometidos;
- Cultura como “regulador de afetos”: Em que a cultura proporciona *guidelines* e guiões para as emoções e os afetos e a forma como estes devem ser expressos;
- Cultura como “desordem”: Em que a desordem, a ambiguidade, e a fragmentação são conceitos chave da cultura organizacional;
- Cultura como “antolhos”: São os aspetos não conscientes (ou inconscientes) da cultura, a cultura como ideias tomadas como garantidas, que podem conduzir a pontos cegos;
- Cultura como “encerramento do mundo”: Ideias culturais e significados que criam um mundo fixo no qual as pessoas se ajustam, o qual são incapazes de explorar criticamente e no qual não conseguem transcender as construções sociais existentes.

Martin (2002), centrada no grau de compartilhamento dos valores culturais pelos membros da organização, define três perspetivas teóricas na abordagem da cultura organizacional:

- Perspetiva de Integração: Foca-se nas manifestações da cultura que possuem interpretações mutualmente consistentes, nos consensos. A cultura é o que é claro, o que é visto por todos do mesmo modo independentemente do ponto de vista, a ambiguidade é excluída desta perspetiva;
- Perspetiva de Diferenciação: Foca-se nas manifestações culturais que apresentam interpretações inconscientes; o consenso apenas existe a um nível inferior de análise, as subculturas, podem coexistir em harmonia ou em conflito entre si. Nesta perspetiva a ambiguidade é remetida para o espaço entre as subculturas, não existindo ambiguidade dentro de uma subcultura;
- Perspetiva de Fragmentação: a relação entre as manifestações culturais não é claramente consistente ou inconsistente, as relações são ambíguas. A ambiguidade substitui a clareza como núcleo da cultura e o consenso é transitório e específico em função do assunto.

Para Schein (2004), a cultura de uma organização emerge fundamentalmente de três fontes: das crenças, valores e assunções dos fundadores das organizações; da aprendizagem dos membros do grupo induzida pelas suas experiências, à medida que a organização evolui e, finalmente, das novas crenças, valores e assunções trazidas por novos líderes e membros. Neves (2000), defende que as práticas de gestão de recursos humanos são igualmente uma forma de criação de cultura nas organizações, uma vez que as várias dimensões de gestão de recursos humanos (estratégia; gestão do emprego; recrutamento e seleção; formação e desenvolvimento; e a retenção de recursos humanos), são a expressão dos significados culturalmente valorizados na organização, contribuindo simultaneamente para a criação, reforço e mudança desses mesmos significados.

De acordo com Schein (2010), a cultura de uma organização é incorporada através dos seguintes mecanismos primários: os aspetos a que os líderes prestam atenção, medem e controlam numa base regular; o modo como os líderes reagem a acidentes críticos e crises organizacionais; o modo como os líderes alocam os recursos; a forma deliberada como se modelam os papéis, o ensino e o *coaching*; a forma como os líderes distribuem recompensas e estatuto; e a forma como recrutam, promovem e penalizam. Como mecanismos secundários de incorporação da cultura, Schein (2010), aponta os seguintes: a estrutura da organização e o seu desenho; os procedimentos e os sistemas organizacionais; os ritos e rituais da organização; o desenho dos espaços físicos da organização; as histórias sobre eventos e pessoas significativas; e as declarações formais de filosofia da organização, das suas características e dos seus regulamentos.

A cultura possui de acordo com Schein (2004), quatro características básicas que permitem efetivamente defini-la:

- Estabilidade estrutural - A cultura implica um certo nível de estabilidade estrutural dentro de um grupo, apenas sendo estável permite definir o grupo, deste modo a cultura é difícil de mudar dado que os membros de um grupo valorizam a estabilidade, que lhes proporciona sentido e previsibilidade;
- Profundidade - a cultura é a parte mais profunda, por vezes inconsciente, de um grupo, como tal é menos tangível e visível que outras partes. Sendo menos visível e mais profundamente integrada proporciona estabilidade à cultura;
- Alcance – uma vez desenvolvida a cultura, esta cobre todo o funcionamento de um grupo, é disseminada e influencia a forma como uma organização lida com todas as suas operações;
- Integração – A cultura implica, de algum modo, que rituais, valores, clima e comportamentos, se interliguem entre si formando um todo coerente, a integração é a essência do que considera a cultura. De acordo com Weick citado por Schein (2004, p. 15), a integração deriva da necessidade que os seres humanos têm de fazer do seu ambiente o mais compreensível e ordenado possível.

Em relação à profundidade, Kotter e Heskett (1992), defendem que a CO possui dois níveis, que diferem em termos de visibilidade e de resistência à mudança. No seu nível mais profundo e menos visível, a cultura refere-se a valores que são partilhados pelos elementos de um grupo, moldando o seu comportamento enquanto grupo, e que tendem a persistir no tempo, ainda que os elementos do grupo possam mudar. A este nível, a cultura de uma organização pode ser extremamente difícil de mudar, em parte porque os membros do grupo não estão conscientes de muitos dos valores que os unem (Kotter & Heskett, 1992). Este último aspeto é reforçado por Ehrhart et al. (2014), que defendem que muita da teoria subjacente ao conceito de cultura sugere que os elementos de uma organização nem sempre estão conscientes da cultura da sua organização, mas ela existe e é visível através do seu comportamento e nas formas como decidem o que é importante. Para estes autores, o papel e as regras pelas quais as pessoas se guiam podem ser tomadas como garantidos, o que os pode transformar em processos inconscientes. A um nível mais visível, a cultura representa os padrões ou normas de comportamento, ou o estilo de uma organização, que os novos membros de uma

organização são automaticamente encorajados a seguir pelos restantes membros; os membros que se enquadram são premiados e os membros com comportamentos desviantes são punidos (Kotter & Heskett, 1992). A este nível, embora continue a ser difícil mudar a cultura, é mais fácil do que a um nível mais profundo (Kotter & Heskett, 1992). Esta divisão é importante para compreender o porquê de muitas reformas no setor da saúde acabarem por não proporcionar os resultados desejados, as mudanças realizadas apenas tiveram sucesso nos níveis mais visíveis (Davies, Nutley, & Mannion, 2000; West, Topakas, & Dawson, 2014), uma vez que se ignoraram as normas culturais profundamente enraizadas na organização (West et al., 2014). Não obstante, autores como Martin (2002), discordam que os artefactos e os valores sejam necessariamente superficiais, alegando que um artefacto tal como uma estória ou um ritual, é importante devido ao modo como o seu significado é interpretado. Esse significado pode não ser necessariamente superficial, dado que pode refletir assunções profundas. Como tal, para Martin (2002), artefactos, valores e assunções não refletem necessariamente vários níveis de profundidade na cultura.

A ideia de que as crenças, as ideologias e os valores são partilhados, tem sido assumido como paradigma no estudo da cultura organizacional, deste modo o termo cultura refere-se sempre a algo que existe para além do indivíduo, sendo transmitida através de histórias e rituais, bem como através das experiências que os recém chegados às organizações vivenciam (Ehrhart et al., 2014). É necessário para uma atividade organizada contínua, que as ideias, as crenças, e os significados sejam partilhados, possibilitando deste modo uma interação sem constantes confusões, interpretações e reinterpretações de significados (Alvesson, 2002).

As culturas podem permanecer estáveis ao longo do tempo, mas não são estáticas (Kotter & Heskett, 1992), evoluem ao longo do tempo (Cameron & Quinn, 2006). Para que a mudança na cultura ocorra é essencial que uma das seguintes circunstâncias se verifique: as organizações estão na iminência de serem confrontadas com crises que podem colocar em causa a sua existência; haja uma folga organizacional considerável (Davies et al., 2000). Para Tan (2019), as mudanças na cultura ocorrem quando as crenças existentes são desafiadas, refutadas e substituídas por novas, em função de pressões provocadas quer por alterações no ambiente externo, quer por mudanças internas. A cultura organizacional possui como função reduzir a ambiguidade para os membros dessa cultura (Ehrhart et al., 2014), pelo que as crises podem fazer com que um grupo reavalie os seus valores ou os seus comportamentos. Novos desafios podem levar a novos modos de fazer as coisas, a saída de membros importantes da equipa, bem como a rápida assimilação de novos colaboradores podem enfraquecer ou mudar a cultura de uma organização (Kotter & Heskett, 1992). Várias crises, níveis

elevados de *turnover*, associados a uma falta de mecanismos de perpetuação podem destruir uma cultura ou torná-la muito fraca, enquanto antagonicamente a continuidade da liderança, a estabilidade na pertença ao grupo, grupos de pequena dimensão e o facto de se atingir um sucesso considerável podem fortalecer a cultura da organização, tornando-a uma cultura forte (Kotter & Heskett, 1992).

Assim, a cultura de uma organização pode ter consequências importantes na organização, especialmente se for forte (Kotter & Heskett, 1992), definindo-se a força como o grau de consistência no nível de coesão, integração, ou concordância relativamente aos valores e às normas (Kotrba et al., 2012).

No que diz respeito à força da cultura, Ostroff, Kinicki, e Muhammad (2012), propõem três aspetos da força de uma cultura que abrangem as situações em que a cultura organizacional pode ser forte:

- Força baseada no “contrato”: lida com a medida em que os colaboradores interpretam e codificam da mesma forma a situação organizacional, ou seja, a extensão do acordo sobre cultura, a qual é facilitada pelos processos de aprendizagem e de *sense making*;
- Força baseada no “sistema”: relacionada com a noção de que a cultura é generalizada e abrangente em todo o domínio da vida da organização, impõe expectativas fortes aos funcionários, e tenta induzir comportamentos uniformes através de processos de socialização e impondo sanções aos comportamentos desviantes das normas;
- Força baseada no “alinhamento”: refere-se ao alinhamento entre a cultura organizacional e as reais práticas da organização. Assim, entre outras, as estratégias, os objetivos, as práticas, a estrutura, devem ser desenhadas e estar organizadas de um modo a que se complementem e operem com harmonia.

2.1.1. Subculturas

van Maanen e Barley (1983, p. 12) definem uma subcultura como:

“...a set of an organizational members who: - interact regularly with one another; - identify themselves as a group within the organization that is distinct from other groups; - share a set of problems commonly defined to be the problems of all; - and routinely take action on the basis of collective understandings unique to the group.”

As subculturas resultam da existência de diferenças entre as pessoas numa organização, quer sejam diferenças entre a função ou outras, sendo os fatores sociodemográficos apenas um exemplo (Cameron & Quinn, 2006; Ehrhart et al., 2014; West et al., 2014).

Para Ehrhart et al. (2014), existem casos em que as organizações apenas possuem uma cultura geral e única, sem subculturas identificáveis, e casos em que as distintas subculturas são tão díspares entre si, que não é possível identificar uma cultura geral à organização. Na maioria dos casos, em especial em organizações maiores, é mais provável a existência de elementos culturais partilhados por todos os colaboradores em coexistência com elementos culturais distintos em função das subculturas. No entanto, se uma organização for de pequena dimensão, com laços sociais densos, se enfrenta uma crise, ou se todos os seus colaboradores provêm de uma cultura profissional forte, é mais provável que a cultura da organização seja única. West et al. (2014), defendem que as organizações de saúde, com grande probabilidade, compreendem vários tipos de subculturas, das quais se destacam as subculturas profissionais.

West et al. (2014), defendem que a equipa é uma dimensão das subculturas profissionais na área da saúde. Como tal, caracterizam as equipas em equipas compostas por elementos de um só grupo profissional, denominadas equipas unidisciplinares, e equipas compostas por elementos de vários grupos profissionais, as quais podem ser: multidisciplinares, quando funcionam através de um processo sequencial, no qual elementos de vários grupos trabalham de forma maioritariamente independente por forma a combinar os seus resultados em prol do utente; interdisciplinares, quando funcionam através de um processo interativo, no qual profissionais de diversos grupos trabalham em conjunto e combinam as perspetivas das suas disciplinas; transdisciplinares, quando os profissionais integram os seus conhecimentos e as suas práticas de modo a proporcionar cuidados de qualidade (West et al., 2014).

Lok, Rhodes, e Westwood (2011), num estudo com enfermeiros de vários hospitais australianos, concluíram que as subculturas possuem um papel mediador dos efeitos da liderança sobre a satisfação e o comprometimento dos enfermeiros. Os autores encontraram igualmente evidência de que os

enfermeiros se identificavam mais com a subcultura do seu serviço do que com a cultura do hospital em geral. Assim, Lok, Rhodes, e Westwood (2011), defendem que o comprometimento e, possivelmente outras atitudes relacionadas com o trabalho, possuem uma maior influência dos aspectos que ocorrem no contexto imediato das subculturas organizacionais, comparativamente com a influência exercida pelos aspectos da cultura da organização em geral. Deste modo, uma abordagem da organização enquanto um todo poderá não ser a estratégia mais viável para a mudança organizacional, uma vez que as diversas subculturas podem interpretar e reagir de um modo diferente às iniciativas de mudança.

As diversas interpretações e reações das diferentes subculturas no que diz respeito à mudança organizacional podem resultar de conflitos entre as diversas subculturas. Cameron e Quinn (2006), defendem que as dificuldades em coordenar e integrar processos ou atividades numa organização, muitas vezes, podem ser atribuídas a conflitos entre diferentes subculturas, pelo que as diferenças culturais podem fragmentar uma organização, tornando impossível atingir níveis elevados de eficiência. Os autores referem também que o enfatizar das diferenças culturais pode originar sentimentos de alienação e conflitos. Gerir a cultura organizacional em cuidados de saúde envolve a gestão de um sistema complexo de interações (por vezes conflituosas), entre diversas subculturas (West et al. 2014).

Martin e Siehl citados por Ehrhart et al. (2014, p. 169), categorizam as subculturas que podem ser encontradas nas organizações em três tipologias:

- Subculturas de realce (*enhancing subcultures*): existem quando um subgrupo dentro da organização se identifica mais profundamente e é mais zeloso sobre os valores nucleares da organização, do que os restantes subgrupos dessa mesma organização;
- Subculturas ortogonais (*orthogonal subcultures*): a subcultura aceita os valores nucleares da organização, mas ao mesmo tempo identifica-se com um conjunto de valores que não são os valores nucleares da organização. Os autores colocam as subculturas profissionais nesta tipologia;
- Subculturas contraculturais (*countercultural subcultures*): nos casos em que a subcultura partilha um conjunto de valores que contradizem diretamente os da organização.

2.2. Modelos Tipológicos de Cultura

De acordo com Neves (2000), uma tipologia é uma forma de classificar algo a partir de um conjunto estruturado de características semelhantes, sendo um tipo definido como uma simplificação seletiva intencional, construída com base em critérios predeterminados, que serve de ponte entre a abordagem teórica e a avaliação empírica. Aplicado ao estudo da cultura organizacional, a utilização de tipologias: permite generalizações de natureza teórica a partir de um conjunto de organizações; ajuda a explicar as diferenças que possam existir entre organizações; possibilita a avaliação do grau de congruência dos vários elementos de uma cultura e finalmente permite definir estratégias de mudança (Neves, 2000).

A assunção base dos modelos tipológicos de cultura organizacional considera que as organizações podem ser caracterizadas por um conjunto de traços ou dimensões comuns (Neves, 2000). Esta assunção permite a adoção de metodologias quantitativas, tornando assim possível a comparação e a generalização de resultados (Chatman & O'Reilly, 2016; Neves, 2000).

De acordo com Neves (2000) a adoção de metodologias tipológicas para estudar a cultura organizacional apresenta as seguintes vantagens: possibilita uma análise mais lata da complexidade do conceito de cultura organizacional; há maior aptidão para exprimir os contrastes e os paradoxos provocados pelas mudanças que ocorrem no contexto, devido às incertezas da envolvente externa, uma vez que permitem o desenho de planos de intervenção, passíveis de serem monitorizados, intervencionados e controlados. Por outro lado, as tipologias podem ser úteis se o objetivo da sua utilização for a comparação, mas totalmente inúteis se o seu objetivo for compreender a organização (Schein, 2004). Para o mesmo autor, a desvantagem e o perigo das abordagens tipológicas, reside no facto de estas serem de tal modo abstratas que não refletem adequadamente a realidade do fenómeno observado. Para Chatman e O'Reilly (2016), os riscos deste tipo de abordagem consistem em não permitir uma avaliação dos significados mais profundos das dimensões da cultura organizacional e a sua incapacidade em aceder aos pressupostos subjacentes.

Os modelos tipológicos de cultura organizacional são normalmente identificados com base em quadrantes de estruturas dimensionais em resultado da combinação de eixos ortogonais, pelo que se define os modelos de cultura organizacional em modelos de tipologia de dimensão unipolar e de dimensão bipolar (Neves, 2000). Os modelos de Quinn e Rohrbaugh (1981) e de Denison (1997), enquadram-se nos modelos de tipologia de dimensão bipolar (Neves, 2000), sendo ambos iguais na

sua estrutura principal, diferindo na rotação dos eixos e nas designações atribuídas a cada quadrante cultural, sendo no entanto basicamente semelhantes (Neves, 2000; Ostroff et al., 2012; Tan, 2019).

De acordo com Ehrhart et al. (2014), o modelo de Denison (1997) foca-se nas dimensões da cultura, tonando-o por isso útil para identificar aspetos específicos que podem ser alvo de intervenção nos esforços de mudança. Por outro lado, o modelo de Quinn e Rohrbaugh (1981) foca-se em tipologias, permitindo realçar o modo como as partes interdependentes de uma organização trabalham em conjunto para criar um todo, podendo estar mais alinhado com o pensamento dos gestores sobre a organização.

2.2.1. Modelo de Cultura Organizacional de Denison

No modelo de cultura organizacional de Denison (1997), cultura organizacional é definida do seguinte modo:

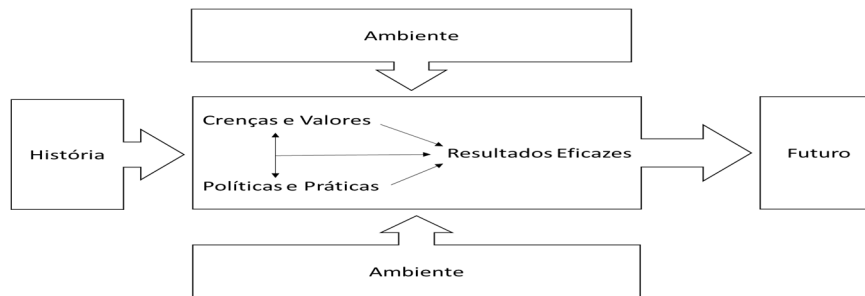
“Culture refers to the underlying values, beliefs, and principles that serve as a foundation for an organization’s management system as well as the set of management practices and behaviours that both exemplify and reinforce those basic principles.” (Denison, 1997, p. 2).

Esses princípios e práticas referidos persistem no tempo porque possuem um sentido para os membros da organização, representam estratégias para a sobrevivência que funcionaram no passado e que os membros da organização acreditam que também funcionarão no futuro (Denison, 1997). O ponto de partida para uma associação entre cultura organizacional e a eficácia, é o seguinte: - os valores, as crenças e os significados subjacentes a um sistema social são a principal fonte de motivação e de coordenação da atividade da organização (Denison, 1997). Os valores e as crenças de uma organização originam um conjunto de práticas de gestão, que não só derivam dos valores dominantes e das crenças da organização, mas igualmente reforçam esses mesmos valores e crenças (Denison, 1997).

Denison (1997), defende que a maior parte das ideias implícitas sobre a relação entre a cultura organizacional e a eficácia, atribuem o sucesso de uma organização a uma combinação entre valores e crenças, entre políticas e práticas, bem como da relação entre ambas, dando origem ao quadro

conceptual que Denison (1997) utiliza para estudar a relação entre cultura organizacional e eficácia, conforme representado na Figura 1.

Figura 1: Relação entre a Cultura Organizacional e a Eficácia.



Fonte: Denison (1997, p.5).

Através do seu quadro conceptual Denison (1997) defende o seguinte: a eficácia é uma função dos valores e das crenças mantidas pelos membros de uma organização; a eficácia é uma função das políticas e práticas usadas por uma organização; a eficácia é uma função da tradução dos valores nucleares e das crenças em políticas e práticas de uma forma consistente; e finalmente a eficácia é uma função da inter-relação entre valores nucleares e crenças, políticas e práticas da organização, e do ambiente de negócios da organização.

O modelo de cultura organizacional de Denison (Figura 2) baseia-se nos aspetos da cultura organizacional que influenciam a eficácia, dividindo-os em quatro traços culturais fundamentais: *envolvimento*; *consistência*; *adaptabilidade* e *missão* (Denison, Janovics, Young, & Cho, 2006; Denison, Nieminen, & Kotrba, 2014; Denison & Mishra, 1995). No entanto, no centro dos sistemas e estruturas das organizações estão as crenças e os pressupostos básicos (Denison & Spreitzer, 1991), embora os autores reconheçam que os níveis mais interiores da cultura organizacional (tais como significados simbólicos, semióticas, crenças e assunções) são difíceis de avaliar através de métodos comparativos (Chatman & O'Reilly, 2016; Denison et al., 2006).

Figura 2: Modelo de Cultura Organizacional de Denison.



Fonte: Adaptado de Denison et al. (2006, p. 36); Denison & Mishra (1995, p. 316).

O *envolvimento* refere-se ao comprometimento dos colaboradores para com a organização e reflete um foco nas dinâmicas internas da organização e na flexibilidade (Denison et al., 2014). As organizações eficazes não só empoderam e empenham os seus colaboradores, como os membros da organização sentem que o seu trabalho se relaciona com os objetivos da organização (Denison et al., 2006). As organizações onde existe um alto nível de *envolvimento*, contam com sistemas de controlo mais informais, voluntários e implícitos antagonicamente a sistemas de controlo mais burocráticos, mais formais e explícitos (Denison et al., 2006). O *envolvimento* é medido através dos seguintes indicadores, conforme Denison et al. (2006, 2014):

- Empoderamento – Os colaboradores possuem autoridade, iniciativa e a capacidade para gerirem o seu próprio trabalho, o que cria um senso de responsabilidade e de posse face à organização;
- Orientação para a equipa – O valor é colocado no trabalho cooperativo em prol de objetivos comuns, perante os quais todos os colaboradores se sentem mutuamente responsáveis;
- Capacidade de desenvolvimento - A organização investe continuamente no desenvolvimento das competências dos seus colaboradores, mantendo-se competitiva e capaz de satisfazer as necessidades do negócio.

A *consistência* de acordo com Denison et al. (2014), refere-se aos valores partilhados, aos sistemas e processos eficientes e reflete um foco interno e na estabilidade, sendo medida através de:

- Valores nucleares – Os membros da organização possuem um conjunto partilhado de valores que lhes criam um sentido de identidade e um conjunto claro de expectativas;
- Acordo – Os membros da organização são capazes de chegar a acordo nas questões críticas para a organização, onde o acordo inclui, igualmente, a capacidade de chegar a consensos mínimos e a capacidade de reconciliar diferenças caso estas ocorram;
- Coordenação e integração – As diferentes funções e as diferentes unidades existentes dentro da organização são capazes de trabalhar entre si para atingir objetivos comuns, não constituindo as fronteiras organizacionais uma interferência na capacidade de concluir o trabalho.

A *adaptabilidade* refere-se à capacidade dos colaboradores em compreenderem as necessidades do cliente, de aprender novas competências e de mudar em resposta à procura, refletindo um foco externo à organização e na flexibilidade (Denison et al., 2014). É avaliada mediante os seguintes indicadores:

- Criação de mudança – a organização é capaz de criar modos de se adaptar às necessidades de mudança, é capaz de ler o ambiente de negócios, reagir rapidamente às tendências de mercado antecipando as mudanças necessárias (Denison et al., 2014);
- Foco no cliente – A organização compreende e reage às necessidades dos seus clientes sendo capaz de as antecipar, o que reflete o grau de motivação da organização para satisfazer as necessidades dos seus clientes (Denison et al., 2014);
- Aprendizagem organizacional – A organização recebe, descodifica e interpreta sinais do seu ambiente de negócios, sendo capaz de os traduzir em oportunidades para encorajar a inovação, ganhando conhecimento e desenvolvendo capacidades (Denison et al., 2014).

A *missão* refere-se ao propósito e à direção de uma organização, reflete um foco externo à organização e na estabilidade (Denison et al., 2014). A *missão* é medida através dos seguintes indicadores:

- Direção estratégica e intenção - Uma intenção estratégica clara transmite o objetivo da organização, permitindo que todos saibam como contribuir para os objetivos da organização (Denison et al., 2014);
- Metas e objetivos - Metas e objetivos claros podem ser vinculados à missão, visão e estratégia da organização, indicando uma direção clara ao trabalho de todos (Denison et al., 2014);
- Visão – Existe uma visão compartilhada de um estado futuro desejado pela organização. Este futuro desejado incorpora os valores fundamentais, comprometendo todos com a organização, fornecendo orientação e direção (Denison et al., 2014).

Para Denison et al. (2014), as organizações mais eficazes são as que são capazes de: empoderar e comprometer os seus colaboradores (*envolvimento*); facilitar a coordenação e promover a consistência dos comportamentos com os valores nucleares do negócio (*consistência*); traduzir as exigências do ambiente da organização em ação (*adaptabilidade*); providenciar um sentido de propósito e de direção (*missão*). É no balanço entre as várias dimensões da cultura organizacional que reside a chave para o desempenho da organização (Denison et al., 2014; Kotrba et al., 2012).

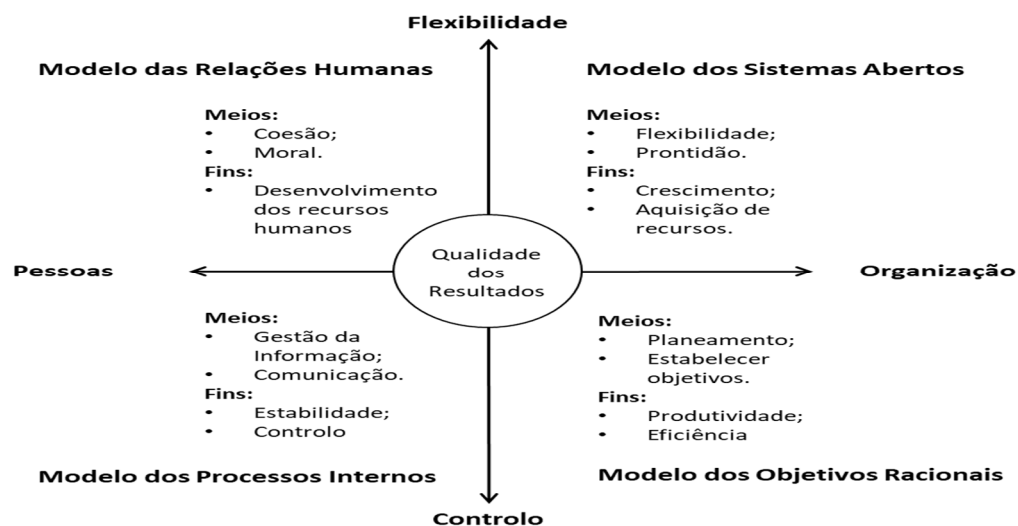
Para Chatman e O'Reilly (2016), este modelo está mais próximo de um modelo de eficácia organizacional do que de um modelo de cultura organizacional, uma vez que identifica fatores (um misto de construtos psicológicos; sociológicos e económicos, incluindo comportamentos; atitudes; desenhos organizacionais e aspirações estratégicas) que contribuem para a eficácia de uma organização, ao invés de identificar um construto que defina inequivocamente a cultura de uma organização. Denison e Mishra (1995), reforçam o facto de as quatro dimensões serem como que um resumo das características da cultura de uma organização, bem como dos processos através dos quais a cultura impacta na eficácia dessa mesma organização. Como tal, Denison e Mishra (1995), defendem que se o foco da análise não for a eficácia da organização então será necessário um modelo mais amplo de cultura organizacional.

2.2.2. Modelo dos Valores Contrastantes

Quinn e Rohrbaugh (1981, 1983), propuseram três conjuntos de valores competitivos para classificar a eficácia de uma organização. O primeiro conjunto de valores tem como foco a organização, podendo a ênfase estar no bem-estar e desenvolvimento das pessoas na organização, ou mesmo no bem-estar e desenvolvimento da própria organização. O segundo conjunto, relaciona-se com a estrutura da organização, podendo a ênfase ser colocada na estabilidade ou flexibilidade. Finalmente, o terceiro conjunto de valores relaciona-se com os meios e os fins da organização, onde a ênfase pode ser colocada, quer em processos importantes, quer nos resultados finais (Quinn & Rohrbaugh, 1981, 1983).

Da conjunção entre os três conjuntos de valores e dos critérios de eficácia, Quinn e Rohrbaugh (1981, 1983) chegaram a quatro modelos de nível intermédio de análise organizacional: o modelo das relações humanas; o modelo dos sistemas abertos; o modelo dos processos internos; e o modelo dos objetivos racionais. A sua representação gráfica encontra-se na Figura 3.

Figura 3: Representação relação entre os três conjuntos de valores e os critérios de eficácia.



Fonte: Quinn e Rohrbaugh (1981, p. 369)

Com base no modelo de Quinn e Rohrbaugh (1981, 1983), Cameron e Quinn (2006), propõem duas dimensões culturais: uma primeira dimensão que diferencia critérios de flexibilidade e dinamismo de

critérios que enfatizam a estabilidade, a ordem e o controlo; uma segunda dimensão que diferencia critérios que enfatizam a orientação interna, a integração e a unidade de critérios que enfatizam a orientação externa, a diferenciação e a rivalidade. Em conjunto, essas duas dimensões formam quatro quadrantes, em que cada um representa um conjunto distinto de indicadores de eficácia, que representam o que as pessoas valorizam no desempenho da organização, definem o que é visto como bom, certo e apropriado, definem os valores base sobre os quais são realizados os julgamentos sobre as organizações (Cameron & Quinn, 2006). Cameron e Quinn (2006), destacam o facto de cada um desses valores base representar pressupostos em oposição, ou competição entre si, cada *continuum* enfatiza um valor base que é oposto ao valor base que se encontra no lado oposto.

Atendendo ao referido, Cameron e Quinn (2006), propõem quatro tipologias de cultura, onde a cada uma corresponde um quadrante:

- Cultura Hierárquica: Orienta-se para o controlo. Tem foco interno (integração), no controlo e estabilidade, sendo a eficiência, a consistência e a uniformidades os seus *drivers* de valor. A sua eficácia constrói-se sobre o controlo e a eficiência dos processos;
- Cultura de Mercado: Orienta-se para a competição. Tem foco externo (diferenciação), no controlo e estabilidade, e os seus *drivers* de valor são a quota de mercado, os resultados globais e os lucros. A eficácia da organização constrói-se através de competição agressiva e no foco nas necessidades dos clientes;
- Cultura de clã: Orientação para a colaboração. Tem foco interno (integração) e na flexibilidade. Os seus *drivers* de valor são o comprometimento, a motivação e o desenvolvimento. A eficácia da organização surge do desenvolvimento humano e na participação;
- Cultura Adhocrática: Orientação para a criatividade. Tem um foco externo (diferenciação) e na flexibilidade. Os seus *drivers* de valor são resultados inovadores, a transformação e a agilidade. A eficácia da organização parte da inovação, da visão e novos recursos.

Em termos de resultados organizacionais, Hartnell, Ou, Kinicki, Choi, e Karam (2019), encontraram evidências de que os tipos de cultura de adhocracia e de clã, proporcionam melhores resultados relativamente aos colaboradores. Por outro lado, os tipos de cultura de adhocracia e mercado proporcionam melhores resultados operacionais. Estas evidências corroboraram o preconizado por Denison e Spreitzer (1991), para quem, numa lógica de desenvolvimento organizacional, a mudança

no tipo de cultura de uma organização deve ser no sentido de sair do tipo de cultura hierárquica para qualquer um dos outros três tipos, tendencialmente para o tipo de cultura adhocrática. Os resultados obtidos por Hartnell et al. (2019), indicam igualmente que níveis mais elevados de eficácia organizacional são impulsionados por uma combinação complexa de dimensões culturais, em vez de uma única dimensão dominante da cultura, tal como preconizado no modelo de Denison (1997).

Chatman e O'Reilly (2016) criticam este modelo defendendo que o mesmo apresenta falta de validade convergente e discriminante nos seus construtos, tornando difícil a distinção entre a cultura organizacional e outros construtos organizacionais, como o clima organizacional e a estrutura. Deste modo, a cultura torna-se, simultaneamente em muitos aspetos das organizações (em tudo) e num constructo indistinto (em nada).

2.3. Desempenho em Saúde

West et al. (2014), defendem que a qualidade dos cuidados prestados é o indicador, por excelência, do desempenho das organizações de saúde.

De acordo com Parasuraman, Zeithamil, e Berry (1985), para se compreender a qualidade de um serviço é necessário ter em conta as características que o diferenciam de um bem. Como tal, para Parasuraman et al. (1985), existem três características distintivas entre bens e serviços:

- Intangibilidade: o serviço é um resultado de um desempenho e não um objeto, sendo difícil estabelecer especificações relativas à uniformidade da qualidade. A intangibilidade dificulta a compreensão do modo como os consumidores percecionam a qualidade do serviço;
- Heterogeneidade: os serviços são heterogéneos, uma vez que variam (entre produtores, entre clientes, ou mesmo entre diversos dias), o que torna difícil garantir a uniformidade. Sendo difícil garantir que o que o produtor pretende transmitir é o que o consumidor recebe no final;
- Inseparabilidade: o serviço inseparável do seu consumo, deste modo a qualidade de um serviço não é desenhada e fornecida ao consumidor, a qualidade ocorre durante a

prestação do serviço ao cliente, o que torna os *inputs* do cliente críticos para a qualidade do serviço prestado.

As características próprias dos serviços fazem com que a qualidade de um serviço seja mais difícil de avaliar pelo consumidor do que a qualidade de um bem (Parasuraman et al., 1985). Lewis e Booms citados por Parasuraman et al. (1985, p. 42) definem a qualidade do serviço como:

“Service quality is a measure of how well the service level delivered matches customer expectations. Delivering quality service means conforming to customer expectations on a consistent basis.”

No entanto para Parasuraman et al. (1985), a percepção da qualidade do serviço não depende apenas da comparação entre as expectativas do cliente e o resultado do serviço. O resultado, por si só, não é suficiente, sendo necessário ter em linha de conta a avaliação do processo do serviço pelo cliente (Parasuraman et al., 1985). Com este aspeto em mente, Parasuraman et al. (1985), defendem a existência de um conjunto de discrepâncias ou *gaps*, relacionados com a percepção que os gestores possuem da qualidade do serviço prestado e das tarefas associadas à prestação de serviços ao cliente. Para os mesmos autores, os *gaps* referidos podem ser grandes obstáculos à tentativa de prestar um serviço considerado de qualidade pelos clientes. De um modo sucinto, os *gaps* passíveis de ocorrer de acordo com Parasuraman et al. (1985), são os seguintes:

- *Gap* entre a expectativa do cliente e a percepção do gestor, o qual terá um impacto na avaliação que o cliente fará da qualidade do serviço;
- *Gap* entre a percepção do gestor e a especificação de um serviço de qualidade, o qual influi na percepção da qualidade do serviço no ponto de vista do cliente;
- *Gap* entre as especificações de um serviço de qualidade e o serviço prestado, o qual afeta a qualidade do serviço sob o ponto de vista do cliente;
- *Gap* entre o serviço prestado e a comunicação externa sobre o serviço, o qual afeta a qualidade do serviço sob o prisma do cliente;

- *Gap* entre o serviço esperado pelo cliente e o serviço percebido, sendo que a qualidade do serviço percebida pelo cliente é uma função da magnitude e direção deste *gap*.

Os clientes avaliam a qualidade de um serviço através da comparação entre as percepções do serviço recebido e as expectativas que possuem sobre o serviço, sobre o que consideram que esse serviço deve ser. Sempre que o desempenho de um serviço cai abaixo das expectativas do cliente, aparece um *gap* no serviço (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1990). Para Parasuraman et al. (1985), independentemente do tipo de serviço, os clientes utilizam basicamente os mesmos critérios para avaliar a qualidade de um serviço, tendo inicialmente descrito dez determinantes da qualidade de um serviço: i. o acesso, ii. a comunicação, iii. a competência, iv. a cortesia, v. a credibilidade, vi. a fiabilidade, vii. a capacidade de resposta, viii. a segurança, ix. os aspetos tangíveis; x. a compreensão/conhecimento do cliente. Posteriormente, através de análise fatorial, esse número foi reduzido para cinco denominando-se as “dimensões da qualidade” (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988), que são as seguintes:

- Tangibilidade: As instalações físicas, o equipamento e a apresentação do pessoal (Parasuraman et al., 1988), assim como as condições físicas do serviço prestado (Parasuraman et al., 1990, 1985);
- Fiabilidade: A capacidade de prestar o serviço de forma precisa e confiável (Parasuraman et al., 1988). Envolve a consistência do desempenho, significa que o serviço é realizado de forma correta à primeira vez, bem como que a organização honra as suas promessas (Parasuraman et al., 1990, 1985);
- Capacidade de Resposta: Vontade de ajudar os clientes e providenciar um serviço de forma rápida (Parasuraman et al., 1990, 1988), envolvendo a pontualidade do serviço (Parasuraman et al., 1985);
- Segurança: Conhecimento e cortesia dos funcionários e a sua capacidade de inspirar confiança (Parasuraman et al., 1990, 1988);
- Empatia: O cuidado e a atenção individual que a organização proporciona aos seus clientes (Parasuraman et al., 1990, 1988).

De acordo com Donabedian (1988), existem três dimensões na qualidade dos cuidados de saúde:

- Estrutura: Os atributos dos locais onde decorre a prestação de cuidados, os quais se dividem em recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizacional;
- Processos: Os procedimentos relativos à prestação e à receção de cuidados de saúde;
- Resultados: Refletem os efeitos da prestação de cuidados de saúde no estado de saúde dos indivíduos e das populações; numa definição mais lata, os resultados incluem igualmente as alterações comportamentais dos utentes, bem como o grau de satisfação dos mesmos com os cuidados de saúde.

Para Donabedian (1988) estas três dimensões estão intimamente relacionadas. A existência de uma boa estrutura favorece a probabilidade de existirem bons processos, e a existência de bons processos aumenta a probabilidade de se obterem bons resultados (Donabedian, 1988). De entre os determinantes da qualidade dos cuidados de saúde, Scheffelaar, Hendriks, Bos, Luijkx, e Van Dulmen (2019), destacam a qualidade da relação entre os profissionais e entre estes e os utentes.

Leggat, Karimi, e Bartram (2017), num estudo realizado num hospital australiano, encontraram evidência, entre os profissionais, de correlação positiva entre os construtos psicológicos de empoderamento e de segurança psicológica⁵, e a perceção que estes possuem da satisfação dos utentes relativa à qualidade dos cuidados. Deste modo a falta de empoderamento constitui-se como uma barreira substancial à qualidade e à segurança dos cuidados de saúde (Leggat et al., 2017), o que vem ao encontro do defendido por Loyd (2001), em que todos os profissionais de saúde possuem um papel chave para ajudar a organização a obter uma governação clínica efetiva. Todos têm uma responsabilidade pelos *standards* que atingem com seu trabalho, sendo vital alterar a cultura organizacional de modo a que seja permitido aos colaboradores cumprir com as suas responsabilidades (Loyd, 2001).

A qualidade dos cuidados prestados engloba os tratamentos e os resultados obtidos, a segurança do utente, a qualidade da experiência do utente e a taxa de mortalidade (West et al., 2014). Para além da qualidade dos cuidados, West et al. (2014), incluem igualmente como indicadores de desempenho

⁵ A segurança psicológica é definida por Edmondson citado por Leggat et al. (2017, p.2) como as crenças tácitas partilhadas pelos membros de uma equipa de que o clima dessa equipa facilita a segurança nas relações interpessoais.

nos cuidados de saúde, o bem-estar dos colaboradores, a capacidade de retenção, a satisfação profissional e a produtividade, optando por não incluir os resultados financeiros, dado que estes variam em função da organização, do contexto nacional e do sistema de saúde. Para Ahluwalia, Damberg, Haas, e Shekelle (2019), o desempenho das organizações de saúde engloba quatro domínios: a qualidade dos cuidados, o custo dos cuidados, o acesso aos cuidados, e a experiência dos utentes.

Medir o desempenho em saúde é importante por questões de responsabilidade e transparência; para gerar informação que permita ao utilizador fazer escolhas informadas; para afirmar o sucesso face a objetivos previamente propostos; para melhorar a eficiência; para aumentar o foco nos resultados e na eficácia; para ajudar nas decisões de alocação de recursos; e, finalmente, porque permite agregar valor através de questões como a equidade, a probidade, e a construção de capital social (Lewis, 2016). Nos profissionais de saúde, as práticas de *benchmarking* podem constituir-se como um estímulo, especialmente se estas possibilitarem reputação, e mais efetivamente se estes participarem no processo de seleção dos indicadores (Vainieri, Ferré, Giacomelli, & Nuti, 2019).

No entanto, a falta de capacidade para prever os resultados de intervenções sociais, conduz a que a avaliação do desempenho das organizações produza consequências indesejadas (Lewis, 2015). Para Lowe (2013), na avaliação do desempenho com base em objetivos existe um paradoxo potencial em termos do desempenho (mais concretamente nos sistemas de pagamentos mediante resultados), na medida em que estes podem distorcer as práticas e as prioridades dos responsáveis por realizar as intervenções, com piores resultados para aqueles que deles supostamente iriam beneficiar. Para Siverbo, Cäker, e Åkesson (2019), as consequências disfuncionais entre o desempenho e a avaliação do desempenho surgem como efeito secundário das ambições dos gestores de topo das organizações do setor público administrativo em influenciar o comportamento através da avaliação do desempenho das suas organizações. Em resultado da falta de congruência entre os objetivos das diferentes partes interessadas, Smith (1995), aponta a existência de oito tipos de consequências indesejadas da publicação de dados de desempenho das organizações:

- Visão de Túnel: focar-se nas medidas quantificáveis com prejuízo dos aspetos não quantificáveis do desempenho;
- Subotimização: perseguir objetivos locais (da unidade) com prejuízo dos objetivos da organização enquanto um todo;

- Miopia: perseguir objetivos de curto prazo com prejuízo dos objetivos de longo prazo;
- Fixação nas Medidas: colocar a ênfase nas medidas e não no objetivo subjacente às mesmas;
- Má Representação: manipulação de dados de modo a que o comportamento descrito seja diferente do comportamento real;
- Má Interpretação: embora descrevam o comportamento real, os dados são interpretados de uma forma incorreta;
- Jogo (*Gaming*): manipulação deliberada do comportamento para assegurar vantagens estratégicas;
- Ossificação: o sistema de avaliação do desempenho é de tal modo rígido que inibe a inovação.

Não obstante o anteriormente referido, os efeitos indesejados da avaliação do desempenho das organizações não acontecem sempre, nem em igual medida em todas as organizações. As consequências disfuncionais da avaliação do desempenho (comportamento disfuncional e atitudes negativas) resultam das interações entre o *design* e o uso da avaliação do desempenho, entre o sistema de controlo e as práticas de controlo, e entre a avaliação do desempenho e o seu contexto (Siverbo et al., 2019). A idade e a solidez dos procedimentos da organização, a força e a uniformidade dos incentivos, a contestabilidade da linguagem, o estilo de liderança, o poder das profissões, o clima de trabalho, o conteúdo do trabalho, bem como a publicação e a atenção que os *media* podem dispensar aos dados, podem ajudar a explicar a variabilidade entre organizações (Dahler-Larsen, 2014).

A idade dos indicadores utilizados para medir o desempenho pode contribuir para o paradoxo entre a avaliação do desempenho e o desempenho, uma vez que estes perdem a sua validade com o passar do tempo (Thiel & Leeuw, 2002). Esta perda de validade ocorre de acordo com Thiel e Leeuw (2002), através de quatro processos: o primeiro processo é a aprendizagem positiva, através do qual os indicadores perdem a sua validade uma vez que todos se tornam tão bons a realizar as suas tarefas que os indicadores tornam-se obsoletos; o segundo processo é a aprendizagem perversa, que surge quando as organizações ou os indivíduos conhecem os aspetos do desempenho que são (ou não são) avaliados e utilizam essa informação para manipular o sistema; o terceiro é a seleção, no qual os elementos que apresentam piores resultados são substituídos por elementos com melhor

desempenho, o que leva a que o indicador perca o seu valor discriminante; e finalmente a supressão, que ocorre quando as diferenças de desempenho são ignoradas (Thiel & Leeuw, 2002).

Para Dixon-Woods et al. (2014), as organizações de saúde devem focar-se em desenvolver culturas centradas nas pessoas e não nas tarefas, valorizando e construindo sobre as boas práticas existentes, o que envolve modelar e reforçar valores e comportamentos que sublimem a qualidade dos cuidados, a satisfação dos utentes e a experiência de utilização positiva dos utentes em toda a organização.

De modo a proporcionar cuidados de saúde de qualidade, que possam ser submetidos a escrutínio externo (incluindo os utentes e os seus cuidadores) é crucial uma mudança de cultura nas organizações de saúde, cabendo aos gestores de topo liderar esse processo de mudança nas suas organizações de uma forma que permita desenvolver o potencial pleno dos seus colaboradores e enfrentar de um modo construtivo os desafios futuros (Lloyd, 2001). Para que a governação clínica seja efetiva são necessários novos modos de trabalho dentro das organizações, uma liderança eficaz e uma mudança positiva na cultura (Sweeney & Bradley, 2001).

2.4. Cultura Organizacional e Desempenho

A pesquisa na área da cultura organizacional, historicamente, tem tido um foco descritivo, focando-se nas questões do que é a cultura, quais são os seus componentes e no modo como a cultura é transmitida aos novos elementos. (Ehrhart et al., 2014). Para Chatman e O'Reilly (2016), a cultura organizacional está subteorizada e pouca atenção tem sido dada a explicar os mecanismos através dos quais influencia os desempenhos dos indivíduos e das organizações. Apenas recentemente a relação entre a eficácia dos resultados de uma organização e a sua cultura se tornou foco de pesquisa, o que implicou a transição de abordagens mais descritivas para abordagens mais preditivas (Ehrhart et al., 2014).

Não existe uma cultura organizacional que seja genericamente boa, não existe uma cultura que funcione bem em todas as organizações, a cultura da organização apenas é boa caso se adapte ao seu contexto, ao seu ambiente (Kotter & Heskett, 1992; Schein, 2004). Entendendo-se como contexto tanto as condições objetivas da área de negócios, como a própria estratégia de negócios da organização, deste modo apenas culturas em linha com o contexto ou com a estratégia da organização

estão associadas a excelentes desempenhos, assim quanto maior o alinhamento melhor o desempenho, quanto menor o alinhamento menor o desempenho (Kotter & Heskett, 1992).

Não obstante o referido anteriormente, Alvesson (2002), critica a abordagem de cultura boa e cultura má, argumentando que os conceitos de “bom” e “mau” não são tão óbvios como se poderia pensar à partida quando aplicados a um fenómeno tão complexo como a cultura organizacional. Mais, a caracterização de uma cultura como boa ou má, para Alvesson (2002), implica um julgamento moral, escondido sob uma máscara de compreensão técnica, em que a cultura é vista como uma ferramenta e cujo funcionamento é fácil de avaliar. Poucas coisas são simplesmente boas ou más, funcionais ou disfuncionais, algo que geralmente é visto como muito positivo pode não ser tão positivo se abordado por outro ângulo (Alvesson, 2002). Face ao anteriormente descrito, os temas associados à cultura devem, de acordo com Alvesson (2002), ser ponderados com cautela e aos julgamentos normativos devem ser aplicados ainda maiores cautelas, uma vez que facilmente inibem a interpretação das nuances da cultura organizacional.

Para construir uma cultura organizacional de sucesso é necessário não apenas a existência de líderes comprometidos e unidos em todos os níveis da organização, como também a cultura deve ser definida e alinhada com a estratégia da organização e tem de ser colocada em prática. Assim, há que desenhar cuidadosamente as ações a tomar e mantê-las ao longo do tempo (Warrick et al., 2016). O sucesso de um esforço de mudança da cultura organizacional depende, em larga medida, do facto de a organização ser ou não ser capaz de ganhar o apoio de todos os colaboradores (Gover et al., 2015).

Jacobs et al. (2013), defendem que a cultura pode influenciar a eficácia de uma organização através dos seguintes modos:

- Permite a incorporação de valores partilhados, de crenças e de normas dentro da organização. A cultura pode ajudar a moldar o modo como os membros da organização se relacionam e interagem uns com os outros, influenciando deste modo a capacidade de decisão, a capacidade de reportar erros, a capacidade de reagir e de aprender com os erros, a capacidade de trabalho em equipa e a criatividade;
- Influencia a prioridade acordada no que concerne às considerações sobre equidade na estratégia organizacional, por exemplo, através da promoção de valores éticos partilhados sobre a proteção de consumidores vulneráveis, ou estabelecendo arranjos que corrijam comportamentos de procura de eficácia pura;

- Influencia os objetivos económicos e sociais que a organização persegue. Se na cultura de uma organização existir preocupação com os colaboradores e com a sua qualidade de vida no trabalho, esta preocupação pode mitigar a importância da maximização do lucro ou de outros objetivos económicos;
- Finalmente, no caso da interação e da partilha entre grupos ser complexa e difícil de monitorizar, a cultura organizacional pode incentivar a cooperação e a construção de relações entre os agentes favorecendo a criação de parcerias (dentro dos grupos e entre grupos).

Alvesson (2002), através de uma análise da literatura, descreve três modos como os gestores podem utilizar a cultura organizacional na relação com o desempenho:

- Engenharia cultural: A cultura é concebida como um bloco de construção no desenho da organização, um subsistema, bem demarcado das outras partes da organização, que inclui normas, valores, crenças e os estilos comportamentais dos colaboradores. Embora seja difícil de dominar, em princípio não é diferente das outras partes da organização em termos de gestão e controlo. A dimensão crucial da cultura nesta abordagem são as normas. É nas normas que a cultura é mais facilmente controlada, são as normas que guiam o comportamento e as atitudes das pessoas numa organização, possuindo um efeito poderoso nos requisitos para o sucesso da organização: qualidade, eficiência, fiabilidade do produto, serviço ao cliente, inovação, trabalho árduo, lealdade, etc. Alvesson (2002), é particularmente crítico desta abordagem dado que defende que as normas e o comportamento são afetados por uma miríade de fatores além da cultura. Afirmar que a cultura pode ser medida através de uma única dimensão, impede que o conceito de cultura organizacional tenha capacidade de análise e de interpretação, dado que a cultura é uma teia complexa de significados (Alvesson, 2002).
- Gestão como uma ação simbólica: Esta abordagem enfatiza a capacidade de definir a realidade pela gestão. Assume-se que os líderes de uma organização influenciam o modo como os colaboradores percebem e compreendem as suas tarefas e o seu local de trabalho, através da criação e manutenção de metáforas e mitos. Um dos resultados deste tipo de influência é, sob o ponto de vista da gestão, a partilha de uma definição “favorável” da realidade da organização e do trabalho através de toda a organização, ou pelo menos por parte da mesma. Deste modo, a dimensão cultural serve como uma força

estabilizadora, sendo que alguns dos resultados desta ação sobre o simbólico incluem a mobilização, a motivação, a satisfação de necessidades, a implementação da mudança e mais importante, atitudes e sentimentos de satisfação (Alvesson, 2002).

- Cultura organizacional como restrição à gestão racional: Trata-se de utilizar a cultura organizacional como um instrumento de diagnóstico, um auxiliar para tomar decisões sábias e evitar armadilhas. O que interessa não é o modo de controlar a cultura, mas sim providenciar informação aos gestores sobre o que pode ser difícil ou impossível de concretizar, e fornecer ideias para uma ação construtiva. O foco não são os efeitos das ações da gestão, mas as consequências da reação da cultura organizacional às iniciativas e esforços de mudança (Alvesson, 2002).

Para Ehrhart et al. (2014), existem evidências que apontam no sentido da existência de relação entre a cultura organizacional e a eficácia da organização. No entanto, para os mesmos autores não é claro se o estudo de uma ligação direta entre a cultura organizacional e a eficácia é uma opção viável, dado que essa ligação direta é pouco provável de ser encontrada, uma vez que as especificidades que tornam uma cultura organizacional eficaz variam em função do contexto, para além de que as culturas organizacionais fracas (culturas nas quais não existem valores partilhados), podem igualmente moderar a relação entre a cultura organizacional e a eficácia de uma organização. Para estes mesmos autores, uma justificação possível para existência de culturas organizacionais fracas é a existência de subculturas dentro da organização. Não obstante, Tan (2019), intui que caso as subculturas sejam consistentes, a cultura de uma organização pode ser forte, atendendo à noção de que grupos a trabalhar em uníssono são mais produtivos do que grupos que trabalham uns contra os outros.

Para Hartnell et al. (2019), um foco restrito na relação entre a cultura organizacional e a eficácia, omite considerações sobre efeitos simultâneos da cultura organizacional e de outros elementos inter-relacionados do sistema da organização, na eficácia dessa organização. Assim, e de acordo com os mesmos autores, pode ser colocada em causa a validade preditiva da cultura, devido à existência de outras relações não avaliadas dentro do sistema da organização. É disso exemplo a partilha do conhecimento, a qual possui o potencial para melhorar o desempenho de uma organização, mas apenas no caso de a cultura organizacional existente o permitir (Oyemomi, Liu, Neaga, Chen, & Nakpodia, 2019).

Neves (2000), defende que o clima organizacional é uma variável importante na produtividade organizacional, em virtude da sua influência nos fenómenos organizacionais e nos indivíduos quando

integrados nos contextos da organização, sendo que as expectativas e o desempenho individual são igualmente influenciados pelo clima organizacional. Schneider, González-Romá, Ostroff, e West (2017), definem clima organizacional como a percepção sumária de um conjunto interconectado de experiências, práticas, procedimentos e políticas organizacionais (dando como exemplos a liderança e as práticas de gestão de recursos humanos), com a observação do que é premiado, suportado e expectado na organização, sendo que essa percepção sumária torna-se significativa e partilhada com base nas interações entre as pessoas.

O clima organizacional, de acordo com Ostroff et al. (2012), evolui a partir do núcleo interno da cultura organizacional, em função dos valores e pressupostos básicos partilhados e reflete a superfície da organização, baseada nas políticas, práticas e processos. Sob este prisma, o clima pode ser visto como a lente que permite a compreensão das camadas mais profundas da cultura organizacional. Para Ostroff et al. (2012), os artefactos⁶ correspondem à área de sobreposição entre o clima organizacional (visto como as percepções das práticas da organização) e a cultura organizacional (vista como os pressupostos básicos e os valores profundamente enraizados na organização).

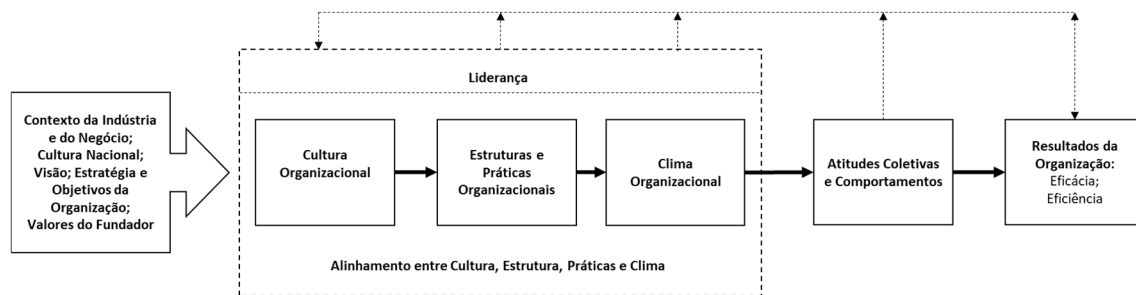
Neves (2000), defende que o clima organizacional é algo criado por um conjunto de pessoas que interagem e partilham uma estrutura de referência comum, a cultura organizacional. Para Schneider et al. (2017), a cultura e o clima representam as várias facetas e os vários modos de sentir o tecido social de uma organização, não existindo uma clara demarcação entre ambos. Em sentido idêntico, Denison (1996) defende que a maior diferença entre a cultura e o clima advém das suas fundações teóricas, sendo que a cultura e o clima devem ser vistos como diferenças na interpretação de um fenómeno e não como fenómenos diferentes, opinião também partilhada por Tan (2019). No entanto para Zhou, Bundorf, Chang, Huang, e Xue (2011), a cultura organizacional é um conceito mais lato do que o conceito de clima organizacional, que pode ser utilizado para explicar o porquê de uma organização possuir o seu foco em determinadas prioridades.

Na senda do anteriormente descrito, Ostroff et al. (2012) propõem um modelo heurístico no qual combinam a cultura e o clima com dois níveis, o nível organizacional e o nível individual. No âmbito

⁶ O nível mais exterior da cultura no modelo de cultura organizacional de Schein (2010).

deste trabalho, em que o nível de análise é o nível organizacional, apenas este nível se encontra representado na Figura 4.

Figura 4: Nível Organizacional do Modelo Multinível de Cultura e Clima.



Fonte: Ostroff et al. (2012, p. 645).

No seu modelo, Ostroff et al. (2012) propõem que a cultura da organização é uma função das características da indústria e do ambiente, da cultura nacional e da visão, missão e estratégia da organização. É esperado um alinhamento e uma articulação entre a cultura organizacional e as estruturas, as práticas, as políticas e as rotinas da organização. Estas, por sua vez, providenciam o contexto para as percepções do clima organizacional (Ostroff et al., 2012). Ao nível da organização, os valores culturais e os pressupostos guiam os gestores à adoção implícita ou explícita de aspetos estruturais e práticas que influenciam o clima que se desenvolve, como tal os líderes possuem um papel central não apenas em criar e moldar a cultura e o clima, mas igualmente em facilitar o alinhamento correto entre a cultura, as práticas e o clima e, finalmente, o clima organizacional influencia as atitudes e comportamentos coletivos dos colaboradores, o que impacta na eficácia, eficiência e desempenho da organização (Ostroff et al., 2012). Não obstante, resultados obtidos por Hartnell, Kinicki, Lambert, Fugate, e Corner (2016), sugerem que os líderes são menos eficazes quando os seus comportamentos de liderança correspondem aos valores da cultura organizacional existente, uma vez que a cultura organizacional proporciona aos colaboradores pistas de como se comportarem. Considerando o anteriormente descrito, Hartnell et al. (2016) defendem que a cultura organizacional possui o potencial de substituir a liderança.

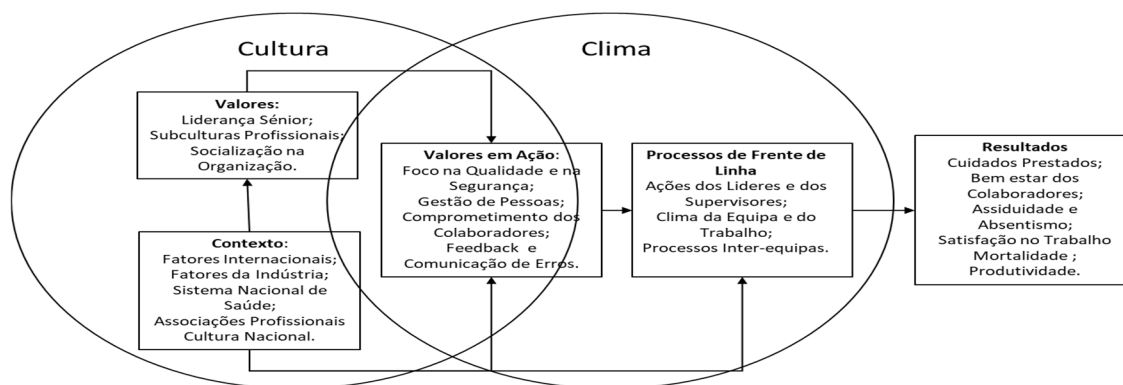
Existe evidência da existência de uma relação biunívoca entre as estruturas e a cultura organizacional. Zerella, von Treuer, e Albrecht (2017) encontraram, em empresas australianas,

evidências de que a disposição dos espaços de trabalho influencia a percepção do tipo de cultura organizacional pelos colaboradores e que o tipo de cultura relaciona-se com o grau de satisfação dos colaboradores, mais especificamente, a disposição dos escritórios em espaço aberto influencia positivamente a percepção pelos colaboradores de uma cultura organizacional de tipo clã, e que a cultura de tipo clã correlaciona-se positivamente com a satisfação dos colaboradores. Hartnell et al. (2019), apenas encontraram evidência da existência de uma relação significativa entre o tipo de cultura de mercado com a estrutura.

Neves (2000), defende que se os recursos humanos são a principal fonte de vantagem competitiva de uma organização, então os gestores devem fundamentar as suas políticas de gestão desses mesmos recursos na cultura organizacional por dois motivos: primeiro, dada a função agregadora dos esforços e vontades que a cultura organizacional exerce sobre as pessoas da organização, torna-se necessária a existência de congruência entre essa função e as práticas de gestão de recursos humanos, que são o seu suporte instrumental; segundo, com a necessidade de os gestores estarem conscientes das implicações que as políticas e métodos de trabalho adotados têm sobre as pessoas e a cultura das organizações (Neves, 2000).

De acordo com West et al. (2014), nas organizações ligadas à saúde, os conceitos de cultura e clima organizacional são apenas perspectivas diferentes do mesmo fenómeno organizacional, de modo semelhante ao proposto por Denison (1996). Assim, apresentam um modelo (Figura 5) que procura integrar os fatores cruciais da cultura organizacional e do clima organizacional, relacionando-os com o desempenho nos cuidados de saúde.

Figura 5: Modelo Lato de Cultura e Clima nos Serviços de Saúde de West, Topakas, e Dawson (2014)



Fonte: West, Topakas, e Dawson (2014, p. 337).

Para West et al. (2014), as organizações de saúde são fortemente influenciadas pelo seu contexto através das políticas nacionais de saúde, das fontes de financiamento da saúde, da legislação e regulamentação nacional, do nível de centralismo do sistema de saúde e da cultura nacional. Entre os fatores contextuais referidos, West et al. (2014), destacam a importância da cultura nacional que influencia os valores das organizações de saúde, o desenho dos sistemas nacionais de saúde e o papel das associações profissionais. As associações profissionais, por sua vez, influenciam fortemente a cultura das organizações do setor da saúde através dos seus códigos de conduta e *standards* profissionais, ao moldar as expectativas e os valores dos profissionais de saúde não só durante a sua formação, mas igualmente após o término da mesma, tendo uma influência forte nas subculturas profissionais (West et al., 2014).

Na literatura consultada, constata-se que o modelo mais frequente para avaliar a cultura organizacional nas instituições de saúde é o modelo dos valores contrastantes de Quinn e Rohrbaugh (1981), o que vem ao encontro do referido por West et al. (2014) e por Zhou et al., (2011).

Em termos de cultura organizacional nos cuidados de saúde primários em Portugal, Leone, Dussault, e Lapão (2014), estudaram a perceção da cultura organizacional de 73 diretores executivos de Agrupamentos de Centros de Saúde antes e após a frequência do Programa Avançado em Gestão, Governação Clínica e Liderança para os Agrupamentos de Centros de Saúde, concluindo que previamente à frequência da formação o tipo de cultura mais percecionada pelos diretores executivos era a cultura de clã (34,1%), seguida da cultura hierárquica (27,1%), da cultura adocrática (23,6%) e, finalmente, da cultura de mercado (12,3%). Após o término da formação, o tipo de cultura organizacional mais percecionada pelos diretores executivos continuou a ser, e com um ligeiro aumento, a cultura de clã (40,8%), seguida da cultura adocrática que subiu ao segundo lugar (29%), em terceiro lugar a cultura hierárquica (13,9%, uma descida de 13,2%) e, finalmente, a cultura de mercado manteve a última posição com um total de 12,1% (Leone et al., 2014, p. 155). Se a cultura organizacional é difícil (e demorada) de mudar (Kotter & Heskett, 1992; Loyd, 2001; Schein, 2010), poder-se-á questionar se os resultados de Leone et al. (2014), demonstram, efetivamente, a existência de mudança na cultura organizacional nos ACeS ou se os diretores executivos responderam do modo que consideraram ser o mais correto face aos objetivos da formação.

Cruz e Ferreira (2012), num estudo em hospitais portugueses do Setor Público Administrativo e hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE) e USF, concluíram pela predominância de uma cultura tipo clã nas USF, enquanto o tipo de cultura predominante nos hospitais Setor Público Administrativo e Entidade Pública Empresarial é a cultura hierárquica.

Pinho, Rodrigues, e Dibb (2014) estudaram o papel da cultura organizacional, da orientação de mercado e do comprometimento organizacional no desempenho das organizações de saúde do sector social. Com base nas respostas de 143 gestores de topo das organizações, os quais foram obtidos por via postal, Pinho et al. (2014), referem que 62% das organizações correspondem ao tipo clã e o segundo tipo mais frequente é o tipo mercado com 20%. Recorrendo a um modelo de equações estruturais, os autores concluíram que a cultura organizacional não possui um impacto significativo no comprometimento organizacional, mas impacta significativamente no desempenho das organizações de saúde.

Num estudo sobre a relação entre a cultura organizacional e o desempenho, tendo como amostra dez unidades de saúde militares do México, Revilla-Macías, Santana-Mon-dragón, e Rentería-López (2015) encontraram evidência da relação entre o tipo de cultura organizacional e o desempenho. Os tipos de cultura organizacional predominantemente percebidos pelos membros das organizações inquiridos foram o tipo clã e o tipo hierárquico, tendo o tipo adocrático sido o que obteve menor frequência. Esta evidência, não será alheia ao facto de se tratar de uma amostra composta por unidades militares. As unidades com melhor desempenho em termos de produtividade foram as unidades com um tipo predominante de cultura de clã, ao passo que a cultura de mercado encontra-se associada a uma maior satisfação dos clientes (Revilla-Macías et al., 2015).

Através de um inquérito *on-line* a gestores de topo de 59 organizações de saúde italianas do sector público, Calciolari, Prenestini, e Lega (2018) constataram que a cultura predominantemente percebida pelos gestores de topo nas suas organizações foi a cultura hierárquica (com 28 organizações), seguida da cultura de mercado (com 21 organizações), pela cultura de clã (com seis organizações) e finalmente pela cultura adocrática (predominante em quatro organizações). Para os autores, organizações mais pequenas e altamente especializadas, são mais propensas a terem uma cultura hierárquica do que organizações maiores, com estruturas multidisciplinares que lidam com casos complexos. No que diz respeito à relação entre a cultura organizacional e o desempenho, as evidências apontam para que as organizações em que a cultura predominante é a cultura hierárquica apresentam um desempenho financeiro superior às restantes, enquanto que as organizações com uma cultura predominante de mercado são mais competitivas que as restantes (Calciolari et al., 2018). Para os autores, as organizações com uma cultura predominante de mercado apresentam um pior desempenho financeiro porque o seu foco estratégico é a satisfação dos clientes, a qualidade, a excelência clínica e não a performance financeira. Em sentido diferente, no estudo sobre a relação entre a cultura organizacional e a satisfação dos clientes em duas organizações de cuidados de saúde

primários da Bósnia-Herzegovina, Pilav e Jatić (2017), encontraram evidências de maior satisfação nos clientes da organização cuja cultura predominantemente percebida pelos elementos foi a cultura hierárquica, comparativamente com a outra organização objeto de análise, na qual o tipo de cultura predominantemente percebida pelos seus elementos foi a cultura de mercado.

A cultura de uma organização de saúde relaciona-se com o bem estar percebido pelos elementos da organização. Galdikiene et al. (2019), num estudo em 18 organizações de cuidados de saúde primários da Lituânia, descrevem a existência de correlação positiva fraca entre a percepção de *stress* pelas enfermeiras com o tipo de cultura percebido na sua organização.

Goff, Mazor, Priya, Pekow, e Lindenauer (2019), com o objetivo de identificar fatores organizacionais associados a elevada qualidade clínica e satisfação dos utentes, realizaram um estudo qualitativo baseado na análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas a responsáveis de 10 clínicas de ambulatório com desempenhos considerados excelentes por profissionais e utentes. Neste estudo encontraram evidência da existência de uma relação entre elementos da cultura organizacional e a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes. Elementos como as relações interpessoais em que os entrevistados referiram que sentiam que as equipas como uma família, que sentiam a existência de coesão, de uma boa comunicação, e de que todos os membros da organização possuíam uma palavra, contribuíram para a alta qualidade dos cuidados prestados e para a satisfação dos utentes (Goff et al., 2019). Ressalta, igualmente, do estudo a importância dos valores partilhados na organização, destacando-se a importância da existência de um significado partilhado do conceito de qualidade através da organização (Goff et al., 2019). Finalmente, alguns colaboradores referiram que o facto de sentirem que os seus líderes se preocupavam com eles enquanto pessoas, se preocupavam com a sua vida pessoal e com o seu desenvolvimento profissional fazia a diferença, pelo que Goff et al. (2019), destacam igualmente o papel da liderança.

Com o objetivo de avaliar se a cultura organizacional percebida pelos colaboradores está associada ao desempenho da organização, Zhou et al. (2011), realizaram inquéritos em 87 hospitais públicos da China. Através de um instrumento próprio, uma adaptação dos modelos de Denison (1997) e de Quinn & Rohrbaugh (1981), os autores concluíram pela existência de correlação entre o tipo de cultura percebida e o desempenho das organizações de saúde, em que o tipo de cultura organizacional percebida apresenta valor preditivo para o controlo de custos. Os resultados obtidos apontaram que a cultura típica dos hospitais públicos na China dava maior atenção à responsabilidade social, ao senso de competição e ao desenvolvimento sustentável, em detrimento de desenvolver capacidades, da orientação de equipa e do empoderamento (Zhou et al., 2011). Hospitais

com uma cultura que privilegie o foco na responsabilidade social apresentam internamentos mais curtos, enquanto que hospitais cuja cultura está focada no cliente apresentam tempos de internamento mais longos (Zhou et al., 2011). No que concerne à satisfação do cliente, hospitais com uma cultura mais focada no controlo de custos apresentam o melhor retorno financeiro, mas uma menor satisfação dos clientes, paradoxalmente, nas organizações em que a percepção dos colaboradores é de uma cultura focada no cliente também não apresentam os melhores resultados de satisfação dos clientes (Zhou et al., 2011). No que concerne à relação entre a cultura organizacional e a satisfação dos colaboradores, não foram encontradas relações significativas, sendo apontado o instrumento de avaliação da satisfação como a causa dessa ausência de relação (Zhou et al., 2011).

Numa revisão de literatura realizada por Wranik et al. (2019), os resultados apontam, consistentemente, para o facto de que a existência de uma visão e valores partilhados pelas equipas de saúde influencia positivamente a qualidade dos processos. Os mesmos autores referem que a cultura e o clima organizacional se relacionam positivamente com a continuidade dos cuidados e com a satisfação dos profissionais de saúde. No que diz respeito à relação desta com a satisfação dos clientes, os resultados foram positivos em estudos australianos, mas sem significado em estudos realizados no Reino Unido (Wranik et al., 2019).

Para Rocha, Marziale, Carvalho, Id, e Campos (2014), através do estudo de um hospital público brasileiro (realização de inquérito a 62 enfermeiros e 265 auxiliares de enfermagem), a cultura organizacional está diretamente associada ao modelo de gestão e de organização do trabalho. Como tal, valores e práticas associadas a estruturas altamente hierarquizadas (com um foco no controlo, com rigidez nas funções, que favorecem o individualismo e a competição entre colaboradores e os desvalorizam), favorecem a fragmentação dos cuidados, dificultam o trabalho em equipa, e inibem a interdisciplinaridade e consequentemente diminuem a qualidade dos cuidados prestados (Rocha et al., 2014).

Os resultados do estudo realizado por Hann, Bower, Campbell, Marshall e Reeves (2007), o qual teve como objeto de análise 38 unidades de prestação de cuidados de saúde primários em Inglaterra, e no qual procuravam verificar a existência de relação entre a qualidade dos cuidados e a cultura organizacional e o clima, revelaram que a cultura organizacional mais comumente percecionada era a cultura de clã (em 29 unidades), seguindo-se a cultura hierárquica (em seis unidades), a cultura de mercado (em três unidades) e finalmente a cultura adocrática (em uma unidade). Atendendo aos resultados obtidos, os autores concluíram pela não existência de evidência que suportasse a relação

direta entre a cultura organizacional e a qualidade dos cuidados de saúde prestados nessas unidades, justificando esse facto através do número elevado de unidades com uma cultura percecionada de clã.

3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1. Tipo de Investigação

A metodologia de investigação é uma abordagem lata para a investigação científica que especifica como as questões de pesquisa devem ser colocadas e respondidas (Teddle & Tashakkori, 2009). Creswell (2009), defende que o *design* de uma investigação emerge de decisões com base em assunções latas para métodos detalhados de recolha e análise de dados. Conforme já referido anteriormente, Alvesson (2002), defende que o pressuposto de que a cultura organizacional se relaciona o desempenho da organização, tem enquadramento dentro de uma abordagem funcionalista. Como tal, este trabalho enquadra-se no paradigma⁷ funcionalista, na medida em que procura desenvolver recomendações para a melhoria do desempenho das unidades funcionais através da intervenção na sua cultura organizacional. O paradigma funcionalista situa-se entre as dimensões objetivista e regulatória e sua assunção principal é que as organizações são entidades racionais, para as quais explicações racionais oferecem soluções para problemas racionais (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009). O paradigma funcionalista é, de acordo com os mesmos autores, o paradigma predominante nos estudos associados aos negócios e à gestão.

Atendendo ao objetivo deste estudo, e de acordo com a classificação proposta por Saunders et al. (2009), trata-se de um estudo descritivo-explicativo. Descritivo na medida em que se pretende descrever a perceção da cultura organizacional predominante pelos elementos das unidades funcionais do ACeS AC, e explicativo na medida em que se procura estabelecer a existência de uma relação entre a cultura organizacional e o desempenho das unidades funcionais do ACeS AC.

Bryman (2012), descreve o processo da pesquisa quantitativa através de 11 passos: 1º: Realização de pesquisa teórica; 2º: Dedução de hipóteses; 3º: Seleção do *design* de pesquisa; 4º: Encontrar/construir instrumentos de medida; 5º: Encontrar um local para realizar a pesquisa; 6º: Selecionar a amostra; 7º: Recolha de dados; 8º: Tratamento dos dados; 9º: Análise dos dados; 10º: Encontrar achados/elaborar conclusões; 11º: Escrever as conclusões/descrever achados.

⁷ Um paradigma é uma visão do mundo e inclui questões filosóficas e sociopolíticas (Teddle & Tashakkori, 2009).

As principais preocupações dos investigadores que adotam uma metodologia quantitativa são as medidas, a causalidade, a generalização e a replicação (Bryman, 2012). Teddlie e Tashakkori (2009), sintetizam essas preocupações em questões relacionadas com a validade externa, definida como generalização dos resultados para outros contextos, pessoas ou períodos, e questões relacionadas com a validade interna, que corresponde à validade das inferências sobre se a relação entre duas variáveis é causal.

Aos estudos quantitativos são apontadas algumas críticas, sendo as principais: falhar em distinguir as pessoas e as organizações sociais do “mundo natural”; os seus processos de medição possuem um sentido artificial e espúrio de precisão e exatidão; dependem de instrumentos e procedimentos, o que dificulta a conexão entre a pesquisa e a vida quotidiana; a análise das relações entre as variáveis cria uma visão estática do social que é independente da vida das pessoas (Bryman, 2012).

3.2. Método de Estudo

Um método de estudo é simplesmente uma técnica para recolha de dados (Bryman, 2012), ou estratégias específicas para a realização de pesquisas (Teddlie & Tashakkori, 2009).

A estratégia utilizada neste trabalho é a sondagem. A estratégia de sondagem é um método sistemático de recolha de dados com o objetivo de prever atributos, comportamentos (Creswell, 2009; Teddlie & Tashakkori, 2009) ou tendências (Creswell, 2009) de uma determinada população. É geralmente associado a uma abordagem dedutiva, sendo mais frequentemente utilizado para responder a questões sobre quem?, o quê?, onde?, e quanto?, pelo que tende a ser utilizado em pesquisas exploratórias e descritivas (Saunders et al., 2009). A estratégia de sondagem permite recolher dados quantitativos, os quais permitem uma análise quantitativa através de estatística descritiva e inferência estatística, podendo igualmente ser utilizados para procurar a existência de relações entre variáveis e produzir modelos dessas relações (Saunders et al., 2009).

Em relação ao método de recolha de dados aplicado neste trabalho, este é caracterizado por Saunders et al. (2009), como um estudo multi-método quantitativo. Multi-método uma vez que são utilizadas duas fontes de recolha de dados: o questionário *Denison Organizational Culture Survey* (DOCS) para recolha de dados primários, o ISDADA para obtenção de dados secundários. É, igualmente,

quantitativo porque os dados utilizados são dados quantitativos, que de acordo com Saunders et al. (2009), são dados com origem em técnicas de recolha, ou em procedimentos de análise de dados, que geram ou utilizam dados numéricos.

Para Ashkanasy, Broadfoot, e Falkus (2000), a utilização de questionários e de técnicas quantitativas no estudo da cultura organizacional apresenta as seguintes vantagens: permite a replicação de estudos, providencia um quadro de referência para a interpretação dos dados, ajuda a interpretação e o início dos esforços de mudança da cultura nas organizações, e fornece dados que podem ser analisados com recurso a técnicas de estatística multivariada. Para Ehrhart et al. (2014), outra vantagem do uso de questionários no estudo da cultura organizacional é o facto de tornar possível a identificação de subculturas através de análises estatísticas.

Um dos riscos da utilização de questionários é o atrito (Teddle & Tashakkori, 2009). O atrito consiste na recusa na participação por certos indivíduos, apesar dos esforços repetidos dos investigadores e pode comprometer a validade externa do estudo, em especial se os não respondentes possuírem características sistematicamente diferentes dos respondentes (Teddle & Tashakkori, 2009).

Atendendo a que o questionário foi aplicado uma única vez, relativamente ao seu horizonte temporal o estudo é interseccional.

3.3. Fontes de Recolha de Dados

3.3.1. Denison Organizational Culture Survey

A recolha de dados primários foi realizada através do questionário DOCS. A sua versão original surgiu do trabalho de Denison e Mishra (1995). Na sua versão original, em língua inglesa, é composto por 60 itens, no qual os respondentes avaliam a sua experiência com uma série de práticas de gestão através de uma escala de Likert de cinco pontos (na qual, 1 - discordo completamente e 5 - concordo plenamente). Cada indicador é avaliado através de cinco itens, e cada dimensão é representada por três indicadores (Ehrhart et al., 2014). Tradicionalmente os *scores* obtidos através do DOCS são apresentados através de percentis obtidos face a *benchmarks* selecionados em função do sector de atividade da organização (Ehrhart et al., 2014).

O DOCS enquadra-se, de acordo com a definição proposta por Ashkanasy et al. (2000), nos instrumentos de caracterização da cultura com o foco na eficácia (*Effectiveness profiling instrument*). Como a própria definição indica, este tipo de instrumentos mede uma variedade de valores e crenças, focando-se nos valores de que a organização necessita para ser eficaz, de que resultam diversos *scores* em várias dimensões. Ostroff et al. (2012), afirmam que as percepções individuais da cultura representam um construto muito diferente da cultura organizacional. Para estes autores, rotular este tipo de estudos como cultura distorce e retorce o conhecimento sobre a cultura organizacional, uma vez que os resultados, que se baseiam em percepções idiossincráticas, são interpretados como se fossem aplicados a dados e análises ao nível da organização. No entanto para autores como Ashkanasy et al. (2000), o foco nas percepções é apropriado ao estudo da cultura organizacional, argumentando que as atitudes e os comportamentos são moldados pela percepção da realidade e não pela realidade objetiva.

Foi solicitada a autorização de utilização do questionário à *Denisson Consulting Europe GmbH*, que autorizou a utilização do DOCS e forneceu uma versão em português do Brasil, com quatro questões associadas a cada indicador, ou seja, em vez das 60 questões da versão original a versão cedida possuía 48 questões, não constando as questões com a escala invertida (uma em cada indicador). No entanto para avaliar a cultura organizacional, traduzir e aplicar um questionário não é suficiente, dado que a cultura organizacional implica igualmente uma validação intercultural (Lousã & Gomes, 2016), e as idiossincrasias culturais podem influenciar a interpretação e a resposta a itens que foram desenvolvidos e validados com populações diferentes (Puppertz, Burmeister, & Deller, 2017). Considerando o referido, e dado que existe um conjunto de questões em português de Portugal (Lousã, 2013) do DOCS, validadas em Portugal por Lousã e Gomes (2016), solicitou-se à Professora Doutora Eva Lousã o conjunto das questões em português de Portugal. A autora cedeu o conjunto de questões tendo, no entanto, solicitado a confidencialidade das mesmas.

Assim, atendendo ao referido anteriormente, optou-se por utilizar o conjunto de questões de Lousã (2013), mantendo-se a estrutura do questionário fornecida pela *Denisson Consulting Europe GmbH*, ou seja quatro questões por indicador e não cinco como no original, mantendo-se assim a exclusão dos itens com escala invertida.

Tendo em consideração o princípio da minimização de dados disposto na Alínea C) do Número 1. do Artigo 5.º do Regulamento (UE) 2016/679 de 27 de Abril, do Parlamento Europeu e do Conselho, 2016), que define que relativamente ao tratamento de dados pessoais, estes devem ser “adequados, pertinentes e limitados ao que é necessário relativamente às finalidades para as quais são tratados”

foram adicionadas apenas duas questões de categoria com variáveis de atributos (profissão e unidade de pertença). Estas consideraram-se necessárias de modo a permitir dar resposta às hipóteses formuladas (a perceção da cultura organizacional pelos colaboradores é influenciada pelo grupo profissional de pertença; a perceção da cultura organizacional pelos colaboradores é influenciada pelo tipo de unidade funcional a que pertencem).

Para a primeira fase realizou-se um pré-teste do questionário, conforme preconizado por Bryman (2012), a um médico, um enfermeiro e um secretário clínico. O pré-teste teve como objetivos obter sugestões de melhoria na apresentação do questionário, obter contributos sobre o tempo de resposta, identificar necessidades de integração/inclusão de explicações adicionais e identificar dificuldades na interpretação das questões. Através dos contributos recolhidos, foram realizadas as seguintes adaptações: substituiu-se “quadros administrativos” por “gestores de topo” em GO2, GO3 e VIS2; “nossos negócios” por “atividade da unidade” em EMP4, CV2 e CI1; acrescentou-se “na organização” no final de EMP3; alterou-se para o plural a construção de CD2; alterou-se VIS3 de “nossos colaboradores” para “nos colaboradores”; inseriu-se a nota explicativa de que uma cultura sólida é uma cultura claramente definida em AGR2; inseriu-se a nota explicativa de que “mão direita sabe o que a mão esquerda está a fazer” significa “todos são informados sobre aquilo que está a acontecer” em OL4. As notas explicativas foram construídas tendo como base as questões fornecidas pela *Denisson Consulting GmbH*. Após a realização das alterações atrás mencionadas o inquérito por questionário, foi aplicado numa segunda fase, aos restantes colaboradores das UCSP, USFA e USFB do ACeS AC.

Os convites à participação foram enviados, de forma individualizada, por correio eletrónico (fornecido pelo elo de ligação ao ACeS AC) aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e secretários clínicos das UCSP, USFA e USFB) para resposta *on-line*. Foi utilizada a ferramenta LimeSurvey®, através da licença propriedade da Universidade de Évora. Foi escolhida esta forma de realização de questionários devido às seguintes vantagens: ser mais económica, permitir maior rapidez de preenchimento; estar livre de viés dos entrevistadores; ausência de variabilidade induzida pelo entrevistador e ser mais conveniente para os respondentes (Bryman, 2012). Para Ashkanasy et al. (2000), os questionários auto preenchidos são mais credíveis para os membros de uma organização e aumentam a aceitação dos resultados pelos membros da organização, o que os torna particularmente úteis em esforços de mudança cultural.

Considerou-se ser possível a aplicação do questionário à totalidade a população composta pelos médicos, enfermeiros e secretários clínicos das USF e UCSP do ACeS AC. Como tal, não existiu

necessidade de utilização de técnicas de amostragem, tal como o preconizado por Saunders et al. (2009). De modo a assegurar a validade do estudo, calculou-se o tamanho mínimo da amostra necessário para estimar proporções ($\alpha = 0,05$ e limite = 0,2), através da utilização da fórmula ajustada para populações finitas descrita por Thrustfield (2005), tendo os resultados indicado um número mínimo de respostas de 158. Para a análise dos subgrupos (grupo profissional e tipo de unidade) foram obtidos os seguintes resultados (mínimos): médicos – 57 respostas; enfermeiros – 52 respostas; secretários clínicos – 49 respostas; UCSP – 50 respostas; USFA – 58 respostas; e finalmente USFB – 49 respostas.

3.3.2. Índice de Desempenho Sectorial da Área: Desempenho Assistencial (IDSADA)

Os dados secundários utilizados neste trabalho, são os dados do ISDADA, os quais são públicos e encontram-se disponíveis no sítio *on-line* do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (<https://bicsp.min-saude.pt/>).

Na sequência da reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005, surgiu em 2017 a necessidade de melhorar e simplificar a metodologia de contratualização utilizada até então. Com o objetivo de obter um modelo de avaliação de desempenho multidimensional, centrado na pessoa, focado nos resultados e orientado pelo processo dos cuidados conforme a Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, do Ministério das Finanças e do Ministério da Saúde. O modelo foi construído com a finalidade de ser um instrumento de gestão por objetivos, assegurando o reconhecimento do nível de desempenho contratualizado e obtido, e funcionando através de uma estratégia de melhoria contínua que garanta a adequação às necessidades em saúde da população e a necessidade de assegurar o pagamento mensal dos incentivos financeiros com a natureza de compensação pelo desempenho aos profissionais das USFB (Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, do Ministério das Finanças e do Ministério da Saúde). A avaliação do modelo é realizada através do Índice de Desempenho Global. Este índice é obtido através da média ponderada dos Índices de Desempenho da Área Desempenho Assistencial; Área Serviços; Área Qualidade Organizacional e Área Atividade Científica (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Atendendo a que a Área Serviços e a Área Qualidade Organizacional são avaliadas através de métricas que variam em função de cada unidade funcional, contratualizadas individualmente (o que

pode comprometer a uniformidade dos critérios de avaliação), que a Área Atividade Científica ainda não é avaliada, e que o Índice de Desempenho Sectorial Área Desempenho Assistencial por si só pondera 50% do valor do Índice de Desempenho Global, optou-se por utilizar o IDSADA e não o Índice de Desempenho Global.

O IDSADA (cujas matizes se encontram no Anexo I), é obtido pela soma ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas Acesso, Gestão da Doença, Gestão da Saúde; Qualificação da Prescrição e Satisfação dos Utentes; os Índices de Desempenho Sectoriais das Subáreas por sua vez são obtidos pela média ponderada dos Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões; finalmente os Índices de Desempenho Sectoriais das Dimensões da Área Desempenho Assistencial são avaliados através da média do resultado de diversos indicadores (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019), que constam no Anexo II. O resultado de todos os índices referidos anteriormente é um valor compreendido entre 0 e 100 (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019).

Optou-se pela utilização dos resultados referentes ao mês de fevereiro de 2020, que constam na

Tabela 1, dado que correspondiam aos últimos dados disponíveis nos quais ainda não há influência dos efeitos da pandemia de COVID19 no funcionamento das unidades de saúde. Os resultados são expressos pela mediana do desempenho assistencial por tipologia de unidade, sendo esta a medida utilizada pelo Ministério da Saúde para a comparação entre unidades. Salienta-se o facto que, embora estivesse prevista a avaliação da Subárea Satisfação dos Utentes, os resultados dessa avaliação não se encontram disponíveis.

Constata-se que a mediana do desempenho das USFB é globalmente superior à mediana do desempenho das UCSP e USFA, exceto para a dimensão Consulta no Próprio dia, corroborando Pereira et al. (2018). É possível que estes resultados sejam fruto dos fatores identificados por Biscaia e Heleno (2017), a existência de políticas de recompensas mais favoráveis para os colaboradores USFB em função dos resultados obtidos ou, à existência de maior autonomia organizativa nestas unidades.

Tabela 1: Mediana do Desempenho por Tipo de Unidade nas Dimensões do Índice de Desempenho Sectorial da Área do Desempenho Assistencial.

Subárea	Dimensão	UCSP	USFA	USFB
Acesso	Cobertura ou utilização	40	45	80
	Consulta no Próprio Dia	50	62,5	50
	Distribuição de Consultas Presenciais no Próprio Dia	75	87,5	87,5
	Personalização	0	0	0
	Tempos Máximos de Resposta Garantidos	100	100	100
Gestão da Doença	Diabetes Mellitus	27,3	40,9	68,2
	Doenças do Aparelho Respiratório	0	50	50
	Hipertensão Arterial	25	41,65	50
	Multimorbilidade e outros tipos de doenças	0	0	50
Gestão da Saúde	Saúde da Mulher	15	17,5	35
	Saúde do Adulto	9,1	30,75	45,5
	Saúde do Idoso	50	58,35	66,7
	Saúde Infantil e Juvenil	0	37,5	75
Qualificação da Prescrição	Prescrição Farmacoterapêutica	42,9	50	57,1
	Prescrição de MCDT	50	87,5	100

Fonte: (Ministério da Saúde, 2020b)

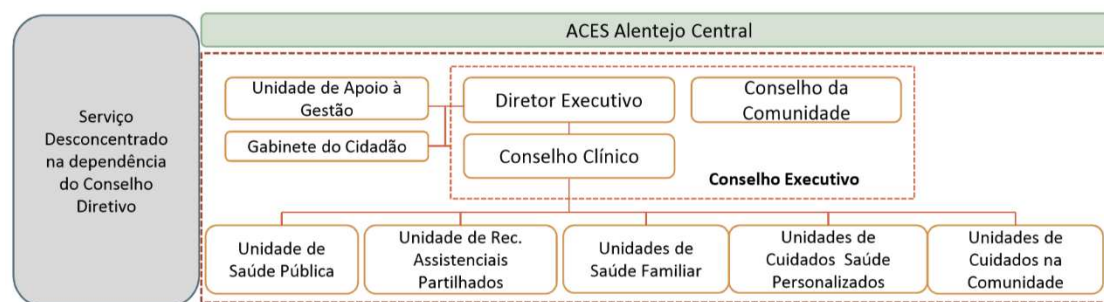
3.4. Contexto e Participantes no Estudo

O ACeS AC foi criado pelo Decreto-Lei 38/2008 de 22 de fevereiro. É um serviço desconcentrado da Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P. com autonomia administrativa, mas sujeito ao seu poder de direção.

Tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência (Decreto-Lei 38/2008 de 22 de fevereiro), que corresponde aos concelhos de: Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa, numa extensão de 7393 km², abrangendo uma população residente em 2011 que ronda os 166.726 habitantes (Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2019). A sua visão é ser uma referência na identificação das necessidades de saúde e na prestação de cuidados de qualidade, através de uma intervenção eficiente centrada no cidadão e orientada para a obtenção de ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2020a). Os seus valores são: respeito pela pessoa, solidariedade, equidade, inovação e qualidade, ética e responsabilidade social, e trabalho em equipa e cooperação (Ministério da Saúde, 2020a).

Para o cumprimento da sua missão estão alocados ao ACeS AC os seguintes profissionais: 123 médicos, 185 enfermeiros, 137 Assistentes Técnicos, 38 médicos internos e 154 outros profissionais (Ministério da Saúde, 2020a). A sua estrutura orgânica encontra-se representada na Figura 6.

Figura 6: Organograma do ACES Alentejo Central



Fonte: (Ministério da Saúde, sem data).

Como é visível na Figura 6, o ACeS AC possui como unidades prestadoras de cuidados de saúde os seguintes tipos de unidades: Unidade de Saúde Pública, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, Unidades de Cuidados na Comunidade, USF e UCSP. Das unidades funcionais anteriormente descritas, foram selecionadas para este estudo apenas as UCSP (UCSP Alandroal, UCSP Estremoz, UCSP Évora, UCSP Mora, UCSP Mourão, UCSP Redondo, UCSP Vendas Novas e UCSP Viana do Alentejo) e as USF (USF B: USF Eborae, USF Lusitânia, USF Planície, USF Salus, e USF Sol; USF A: USF Alcades, USF Extremus, USF Foral, USF Matriz, USF Portel, USF Quinta da Prata, USF Remo, e USF Vendas Novas). Selecionaram-se as referidas unidades pelos seguintes motivos: a missão das USF e das UCSP é similar, são constituídas pelos mesmos grupos profissionais (médicos, enfermeiros e secretários clínicos), possuem uma estrutura organizacional idêntica e, fundamentalmente, porque o seu desempenho é avaliado através das mesmas métricas. A amostra constituída pelas unidades do ACeS AC é, no presente estudo, uma amostra de conveniência de acordo com (Sheskin, 2004) uma vez que o ACeS AC foi selecionado puramente com base na facilidade na aplicação do questionário. As amostras de conveniência enquadram-se dentro das amostras não probabilísticas (Sheskin, 2004).

Foram solicitados ao ACeS AC os dados relativos ao número de colaboradores das UCSP's, USFA e USFB. A referida entidade facultou os mesmos, tendo-os remetido por correio eletrónico, os quais se encontram agregados na Tabela 2.

Tabela 2: Colaboradores das USF e USCP por profissão e Tipo de Unidade em Abril de 2020.

População	UCSP	USFA	USFB	Total
Médicos	30	57	46	133
Enfermeiros	35	47	29	111
Secretários Clínicos	37	39	22	98
Total	102	143	97	342

Fonte: Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central

3.5. Análise, Tratamento e Validação de Dados

A estatística descritiva é um ramo da estatística no qual os dados são utilizados unicamente com efeitos descritivos e não para realizar predições, como tal a estatística descritiva consiste em métodos e procedimentos para apresentar e sintetizar dados, tais como gráficos, tabelas, e cálculo de medidas de tendência central e de dispersão (Sheskin, 2004). Aplicar-se-á aos dados obtidos a partir da aplicação do questionário, e aos resultados dos indicadores de cultura, tendo estes últimos como objetivo descrever a perceção da cultura organizacional das UCSP, USFA e USFB do ACeS AC pelos seus colaboradores.

O passo seguinte passa por avaliar a consistência interna do questionário aplicado. Para que um teste possa ser psicologicamente interpretável deve possuir uma consistência interna considerável (Cronbach, 1951). Num teste composto por um grupo de itens e em que cada item mede um fator diferente, não há certeza sobre qual desses fatores explica o significado do *score* obtido (Cronbach, 1951). No entanto para que um teste seja interpretável, não é necessário que todos os itens sejam semelhantes em termos de fatores, apenas é necessário que uma grande proporção da variância do teste possa ser atribuída ao fator principal subjacente ao teste (Cronbach, 1951). O Alfa de Cronbach estima o coeficiente de confiabilidade através das intercorrelações do item (Nunnally & Bernstein,

1994). Exemplificando, se for obtido um valor de 0,78 para o Alfa de Cronbach, este valor significa que no mínimo 78% da variância do teste pode ser explicada pelos fatores comuns aos itens que o compõe, ou que, no máximo o primeiro fator comum pode justificar 78% da variância do teste (Cronbach, 1951). Para comparação entre grupos, embora modestos, são aceitáveis valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,7 (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2014; Nunnally & Bernstein, 1994),

Seguidamente, com recurso a análise fatorial exploratória proceder-se-á análise da estrutura relacional das respostas para cada indicador de cultura organizacional proposto por Denison (1997). A análise fatorial é empregada em relação às medidas de múltiplos itens para determinar se grupos de indicadores tendem a agrupar-se para formar *clusters* distintos, os fatores, tendo como principal objetivo reduzir o número de variáveis, em relação a medidas de múltiplos itens, como escalas de Likert, de modo a verificar até que ponto existe uma estrutura inerente (Bryman, 2012).

A estatística inferencial, por sua vez, utiliza os dados para extrair inferências (extrair conclusões) ou para realizar predições (Sheskin, 2004), pelo que em estatística inferencial os dados são utilizados para extrair inferências sobre uma ou mais populações das quais as amostras foram extraídas. A utilização de técnicas de estatística inferencial neste trabalho é utilizada para testar as seguintes hipóteses: H_{11} : A perceção da cultura organizacional das unidades de saúde do ACeS AC pelos seus colaboradores relaciona-se com o tipo de unidade funcional a que pertencem; H_{12} : A perceção da cultura organizacional das unidades de saúde do ACeS AC pelos seus colaboradores relaciona-se com o grupo profissional a que pertencem. Utilizar-se-ão métodos paramétricos: ANOVA e *teste – t*, atendendo a que são os indicados para dados quantitativos (dados contínuos; dados intervalares; e dados discretos) de acordo com Sheskin (2004).

A ANOVA (análise de variância) testa a hipótese se num conjunto de X amostras independentes ($X \geq 2$), pelo menos duas das amostras representam populações com diferentes médias (Sheskin, 2004). É utilizada com dados de intervalo ou de rácio, e baseia-se nas seguintes premissas: cada amostra foi selecionada aleatoriamente da população que representa, a distribuição dos dados na população subjacente da qual cada uma das amostras é derivada é normal, suposição de homogeneidade de variância, a qual significa que as variâncias das X populações subjacentes representadas pelas X amostras são iguais entre si. A hipótese nula é representada por $H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ e a hipótese alternativa é representada por $H_1: \text{não } H_0$

O *teste – t* para duas amostras independentes é um teste que visa avaliar a hipótese de que duas amostras independentes representam duas populações com médias diferentes. O *teste – t* é, de

acordo com Sheskin (2004), utilizado para dados contínuos e possui as seguintes suposições: cada amostra foi selecionada de forma aleatória; a distribuição dos dados na população subjacente é normal; e a homogeneidade da variância. Em relação à homogeneidade da variância o SPSS® computa simultaneamente o teste de Levene. O teste de Levene envolve determinar dentro de cada grupo uma pontuação do desvio absoluto da média do grupo para cada uma das n pontuações no grupo, sendo conduzida uma análise de variância de um único fator entre os sujeitos para contrastar as pontuações de desvio médio k calculado para os x grupos. A hipótese nula de homogeneidade de variância é rejeitada se um resultado significativo for obtido (Sheskin, 2004). A existência de heterogeneidade da variância aumenta a probabilidade de ocorrência de erro tipo I (Sheskin, 2004). O SPSS utiliza estratégias de correção e apresenta resultados diferentes a utilizar em função dos resultados do teste de Levene. As hipóteses colocadas com o teste – t são as seguintes de acordo com Sheskin (2004): $H_0: \mu_0 = \mu_1$ e $H_1: \mu_0 \neq \mu_1$.

As medidas de correlação possuem uma função diferente, uma vez que servem para descrever a relação entre duas ou mais variáveis, são medidas de estatística descritiva (Sheskin, 2004). De entre as medidas de correlação existentes, a correlação do produto-momento de Pearson é a medida de associação/correlação paramétrica utilizada com dados contínuos (Sheskin, 2004). A correlação de Pearson testa a seguinte hipótese: na população representada pela amostra existe uma relação linear significativa entre duas variáveis (Sheskin, 2004). As suposições da correlação de Pearson são as seguintes: a amostra é selecionada aleatoriamente da população que representa; as variáveis são dados contínuos ou intervalares; as variáveis têm uma distribuição normal bivariada; a homocedasticidade; e finalmente a não autorregressão.

De acordo com Sheskin (2004) o valor obtido com o cálculo da correlação produto-momento de Pearson é representado pela letra r , sendo r uma estimativa de (ρ) , que corresponde à correlação entre duas variáveis numa população subjacente. O valor de r nunca poderá ser superior a 1 nem inferior a -1, indicando o seu valor absoluto a força da relação entre duas variáveis. Finalmente, o sinal de r indica a direção da relação linear entre as duas variáveis (um sinal positivo indica uma relação direta, ao passo que um sinal negativo indica uma relação indireta ou inversa) (Sheskin, 2004). O quadrado de um valor r calculado (ou seja, r^2) é referido como o coeficiente de determinação, o qual representa a proporção da variância de uma variável que pode ser explicada pela variação noutra variável, embora não seja possível afirmar a existência de uma relação causa-efeito (Sheskin, 2004). Neste trabalho utiliza-se a correlação produto-momento de Pearson para testar H_{13} : Existe relação entre o desempenho, em termos do resultado no Índice de Desempenho Sectorial da Área

Desempenho Assistencial, e a percepção da cultura organizacional pelos colaboradores das unidades de saúde. As hipóteses colocadas com a correlação produto-momento de Pearson são de acordo com Sheskin (2004), as seguintes: $H_0: \rho = 0$ e $H_1: \rho \neq 0$.

A análise e o tratamentos dos dados foi realizada com recurso ao *software* SPSS® (versão 24).

3.6. Calendário da Investigação

Este estudo decorreu no período compreendido entre outubro de 2019 a novembro de 2020. O seu cronograma encontra-se representado na Tabela 3.

Entre as principais condicionantes salienta-se o facto de corresponder a um período de pandemia (COVID19), o que se traduziu numa sobrecarga para os profissionais de saúde que integram as equipas prestadoras de cuidados do ACeS AC. Este aspeto condicionou a obtenção das autorizações necessárias constantes no parecer positivo condicionado da Comissão de Ética da ARS Alentejo, dilatou o período de disponibilidade do questionário para resposta e que poderá ter sido um fator que contribuiu para a diminuição da taxa de resposta ao mesmo. Refira-se que embora fases como a revisão de literatura se encontrem delimitadas no tempo, estas foram realizadas continuamente ao longo deste período.

Tabela 3: Cronograma das Atividades

Quinzena Atividade	out. 2019		nov. 2019		dez. 2019		jan. 2020		fev. 2020		mar. 2020		abr. 2020		mai. 2020		jun. 2020		jul. 2020		ago. 2020		set. 2020		out. 2020		nov. 2020	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Apresentação do Projeto																												
Revisão de Literatura																												

Quinzena Atividade	out.		nov.		dez.		jan.		fev.		mar.		abr.		mai.		jun.		jul.		ago.		set.		out.		nov.	
	2019		2019		2019		2020		2020		2020		2020		2020		2020		2020		2020		2020		2020		2020	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Pedido de Parecer Comissão de Ética																												
Aplicação do Questionário online																												
Tratamento dos dados do questionário																												
Análise dos resultados, discussão e conclusão																												
Entrega do rascunho para revisão do orientador																												
Revisões e entrega da versão final																												

Fonte: Elaboração Própria.

3.7. Considerações Éticas

Antes de qualquer resposta ao questionário, solicitou-se aos respondentes o seu consentimento informado, livre e esclarecido (ver Anexo III). Não foram oferecidas quaisquer contrapartidas aos respondentes.

Os dados recolhidos serão guardados até Dezembro de 2023, em computador de uso privado, protegido por palavra passe, tendo como elemento de segurança adicional a encriptação dos ficheiros de dados relativos à investigação. Todos os dados recolhidos foram anonimizados de forma permanente impossibilitando a identificação dos respondentes.

De modo a garantir os aspetos éticos do estudo, foi solicitado o parecer à Comissão de Ética da ARS Alentejo de modo a garantir os aspetos éticos do estudo, bem como obter autorização para a sua realização. Foi obtido o parecer positivo condicionado número 01/2020/CE.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A aplicação do questionário decorreu no período compreendido entre 15 de abril de 2020 a 31 de maio de 2020. Foram obtidas 180 respostas válidas, considerando-se válidos apenas os questionários totalmente preenchidos. A Tabela 4 agrega os dados relativos ao número de respostas válidas ao questionário e à taxa de resposta por tipo de unidade e grupo profissional.

A taxa de resposta foi 52,63% a nível global. Por tipologia de unidade, os colaboradores das USFA apresentaram a taxa de resposta mais baixa (46,15%) e os colaboradores das USFB apresentaram a taxa mais elevada (57,73%). Por grupo profissional os enfermeiros apresentaram a taxa de resposta mais elevada (57,66%) e os médicos a taxa de resposta mais baixa (48,12%).

Tabela 4: Número de respostas obtidas e taxa de resposta por tipo de unidade e grupo profissional

	UCSP		USFA		USFB		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Médicos	14	46,67%	24	42,11%	26	56,52%	64	48,12%
Enfermeiros	22	62,86%	23	48,94%	19	65,52%	64	57,66%
Secretários Clínicos	22	59,46%	19	48,72%	11	50,00%	52	53,06%
Total	58	56,86%	66	46,15%	56	57,73%	180	52,63%

Fonte: Elaboração Própria.

Na Tabela 5 encontram-se os resultados da distribuição da população em função do grupo profissional e do tipo de Unidade de pertença, e os resultados da distribuição da amostra obtida em função do grupo profissional e do tipo de Unidade de pertença. Da análise dos resultados para a distribuição da amostra em função do grupo profissional constata-se que os médicos estão sub-representados, os enfermeiros estão sobrerrepresentados, e há uma muito ligeira sobrerrepresentação dos secretários clínicos na amostra. Para a distribuição na amostra em função do tipo de unidade, observa-se a sub-representação dos colaboradores de USFA e a sobrerrepresentação dos colaboradores das UCSP e das USFB.

Tabela 5: Distribuição da População por Grupo profissional e Tipo de Unidade e Distribuição da Amostra por Grupo Profissional e Tipo de Unidade

	Grupo Profissional			Tipo de Unidade		
	Médicos	Enfermeiros	Secretários Clínicos	UCSP	USFA	USFB
População (n=342)	133	111	98	102	143	97
Distribuição na população (%)	38,89%	32,46%	28,65%	29,82%	41,81%	28,36%
Amostra (n=180)	64	64	52	58	66	56
Distribuição da amostra (%)	35,56%	35,56%	28,89%	32,22%	36,67%	31,11%

Fonte: Elaboração Própria.

Ainda em função do tipo de unidade, através da análise dos dados constantes da Tabela 6, constata-se que os médicos se encontram sub-representados nos três tipos de unidades. Contrariamente, observa-se que os enfermeiros estão sobrerrepresentados em todos os tipos de unidade, e que os secretários clínicos estão sobrerrepresentados nas UCSP e nas USFA e sub-representados nas USFB.

Tabela 6: Distribuição da População e da Amostra por Tipo de Unidade em função do Grupo Profissional.

Distribuição		Grupo Profissional	Tipo de Unidade		
			UCSP	USFA	USFB
População %	Médicos		29,41%	39,86%	47,42%
	Enfermeiros		34,31%	32,87%	29,90%
	Secretários Clínicos		36,27%	27,27%	22,68%
Amostra %	Médicos		24,14%	36,36%	46,43%
	Enfermeiros		37,93%	34,85%	33,93%
	Secretários Clínicos		37,93%	28,79%	19,64%

Fonte: Elaboração Própria

4.1. Estatística Descritiva das Respostas ao Questionário

Os histogramas das respostas obtidas aos itens do questionário constam no Anexo IV. Os dados relativos à média, desvio padrão, curtose e assimetria dos itens do questionário encontram-se na Tabela 7. Puppatz (2017), defende que itens com médias muito elevadas ou muito baixas podem ser problemáticos, dado que provavelmente indicam pouca variabilidade, o que compromete a qualidade das suas propriedades psicométricas. Na sua maioria os itens do questionário obtiveram médias superiores a 3 (com exceção de OL2 em que a média foi 2,92) e inferiores a quatro (exceto CV4 com uma média de 4,28 e OL1 e OL3 com médias de 4,24 e 4,29 respetivamente). Entre os resultados por indicador, destacam-se os itens relativos ao indicador Aprendizagem Organizacional dado que é neste indicador que se encontram os itens com a média mais elevada e mais baixa (OL3 e OL2 respetivamente), bem como o item com a terceira média mais elevada (OL1 com 4,24). De acordo com DeVellis citado por Puppatz (2017, p. 35) a existência de desvios padrão inferiores a 0,4 pode ser problemática, uma vez que pode ser um sinal de baixo poder discriminatório. Verificou-se que o desvio padrão é superior a 0,40 em todos os itens do questionário.

De acordo com Austin (2002), a descrição da forma de uma distribuição de frequência deve responder a duas questões. A primeira questão é se a maioria das pontuações são baixas ou, em alternativa, se se encontram no intervalo médio ou superior da distribuição? A segunda questão é se as frequências em alguns intervalos são muito mais altas do que em outros intervalos ou todos os intervalos têm aproximadamente a mesma frequência? De acordo com a autora a primeira questão refere-se à assimetria da distribuição e a segunda questão refere-se à curtose da distribuição. Relativamente à assimetria constata-se que os valores obtidos são negativos à exceção de CF4 (0,067), embora com um valor negativo possuem, com exceção de OL3 (-1,189), um valor inferiores a (-1), pelo que embora as curvas sejam na sua larga maioria assimétricos negativos, os seus valores estão compreendidos no intervalo $[-1;0]$, pelo que indiciam uma tendência para a distribuição simétrica. Nos valores da curtose, o valor positivo mais elevado foi obtido em VIS4 (1,299) e OL3 (1,295), o que indica curvas leptocúrticas, ou seja a existência de intervalos com frequências muito superiores face aos restantes, e o maior valor negativo foi de (-0,952) em CF4. Com exceção de VIS4 e OL3, os valores obtidos encontram-se compreendidos no intervalo $[-1;1]$ sendo que se pode considerar que o achatamento da curva de distribuição dos itens tende a ser igual à da distribuição normal, ou seja mesocúrtico.

Tabela 7: Média, Desvio Padrão, Assimetria e Curtose dos Itens do Questionário.

Dimensão	Indicador	Item	Média	Desvio Padrão	Assimetria	Curtose
Envolvimento	Empowerment	EMP1	3,75	0,884	-0,322	-0,335
		EMP2	3,72	1,021	-0,586	-0,131
		EMP3	3,72	0,897	-0,501	0,220
		EMP4	3,68	1,028	-0,566	-0,098
	Orientação para a Equipe	TO1	3,71	1,001	-0,630	0,012
		TO2	3,81	0,956	-0,660	0,419
		TO3	3,72	0,986	-0,689	0,321
		TO4	3,62	0,885	-0,499	0,198
	Capacidade de Desenvolvimento	CD1	3,77	0,871	-0,567	0,509
		CD2	3,54	0,758	-0,094	0,114
		CD3	3,22	0,959	-0,255	0,099
		CD4	3,56	0,998	-0,410	-0,127
Consistência	Valores Nucleares	CV1	3,31	1,084	-0,181	-0,631
		CV2	3,64	0,908	-0,398	0,014
		CV3	3,73	1,039	-0,625	0,055
		CV4	4,28	0,757	-0,681	-0,417
	Acordo	AGR1	3,79	0,850	-0,475	0,281
		AGR2	3,46	0,886	-0,253	0,131
		AGR3	3,38	0,898	-0,353	0,283
		AGR4	3,43	0,940	-0,437	0,225
	Coordenação e Integração	CI1	3,44	0,993	-0,557	0,103
		CI2	3,21	0,915	-0,211	0,189
		CI3	3,23	0,891	-0,190	0,311
		CI4	3,38	0,922	-0,132	0,010
Adaptabilidade	Criação de Mudança	CC1	3,20	0,906	-0,179	0,087
		CC2	3,48	0,906	-0,321	0,226
		CC3	3,42	0,945	-0,295	0,204
		CC4	3,44	0,873	-0,627	0,815
	Foco no Cliente	CF1	3,45	0,929	-0,381	0,182
		CF2	3,21	0,803	-0,062	0,482
		CF3	3,36	0,844	-0,260	0,546
		CF4	3,91	0,738	0,067	-0,952
	Aprendizagem Organizacional	OL1	4,24	0,774	-0,893	0,917
		OL2	2,92	1,126	-0,012	-0,582
		OL3	4,29	0,863	-1,189	1,295
		OL4	3,58	0,991	-0,253	-0,392
Missão	Direção Estratégica e Intenção	SDI1	3,83	0,894	-0,567	0,138
		SDI2	3,21	0,926	-0,122	0,001
		SDI3	3,76	0,924	-0,495	0,251
		SDI4	3,47	0,936	-0,233	-0,177
	Metas e Objetivos	GO1	3,47	0,936	-0,208	-0,168
		GO2	3,09	1,085	-0,285	-0,509
		GO3	3,21	1,030	-0,186	-0,419
		GO4	3,66	1,009	-0,663	0,332
	Visão	VIS1	3,20	0,930	-0,241	-0,023
		VIS2	3,15	1,022	-0,242	-0,249
		VIS3	3,30	0,951	-0,516	0,367
		VIS4	3,46	0,814	-0,532	1,299

N = 180

Fonte: Elaboração Própria

4.2. Consistência Interna e Estrutura Relacional das Respostas

Os resultados de Alfa de Cronbach obtidos encontram-se na Tabela 8. Da sua análise verifica-se que, para a globalidade das respostas, os valores de Alfa de Cronbach obtidos foram superiores a 0,7 em todos os indicadores, variando entre 0,73 para valores nucleares até 0,891 para *orientação para a equipa*.

Tabela 8: Alfas de Cronbach obtidos para a totalidade da amostra e por grupo profissional e tipo de unidade

Dimensão	Indicador	Global	Grupo Profissional			Tipo de Unidade		
			Médicos	Enfermeiros	Secretários Clínicos	UCSP	USFA	USFB
Envolvimento		0,94	0,95	0,93	0,91	0,93	0,96	0,91
	EMP	0,83	0,88	0,78	0,80	0,80	0,87	0,82
	TO	0,89	0,90	0,88	0,89	0,89	0,92	0,83
	CD	0,85	0,89	0,87	0,77	0,84	0,91	0,79
Consistência		0,92	0,94	0,90	0,87	0,91	0,94	0,89
	CV	0,71	0,77	0,65	0,65	0,66	0,81	0,60
	AGR	0,85	0,90	0,86	0,67	0,86	0,89	0,78
	CI	0,88	0,92	0,81	0,85	0,91	0,89	0,82
Adaptabilidade		0,90	0,94	0,86	0,84	0,89	0,93	0,84
	CC	0,85	0,91	0,83	0,74	0,87	0,89	0,78
	CF	0,78	0,81	0,67	0,64	0,74	0,81	0,53
	OL	0,73	0,83	0,61	0,65	0,64	0,81	0,71
Missão		0,94	0,95	0,92	0,93	0,94	0,94	0,92
	SDI	0,86	0,91	0,83	0,79	0,84	0,89	0,78
	GO	0,82	0,83	0,80	0,86	0,85	0,82	0,77
	VIS	0,85	0,89	0,83	0,75	0,82	0,88	0,85

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria.

Relativamente às dimensões, obtiveram-se valores superiores a 0,9 em todas as dimensões. Por grupo profissional verifica-se que nos médicos foram obtidos valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,7 em todos os indicadores e valores superiores a 0,94 nas dimensões. No grupo profissional dos enfermeiros encontram-se três indicadores nos quais foram obtidos valores inferiores a 0,7:

aprendizagem organizacional (0,61); *valores nucleares* (0,65); e *foco no cliente* (0,67); nos restantes indicadores tal como nas dimensões os valores obtidos foram superiores a 0,7. Nos secretários clínicos, foram obtidos valores de Alfa de Cronbach inferiores a 0,7 nos seguintes indicadores: *foco no cliente* (0,64); *valores nucleares* (0,65); *aprendizagem organizacional* (0,65); e *acordo* (0,67); nas dimensões foram obtidos valores superiores a 0,8. Por tipo de unidade, para as USFA foram obtidos valores superiores a 0,8 em todos os indicadores e superiores a 0,9 em todas as dimensões. Nas USFB foram obtidos valores inferiores a 0,7 em *foco no cliente* (0,53) e em *valores nucleares* (0,6); e superiores a 0,7 nos restantes indicadores; para as dimensões foram obtidos *valores superiores* a 0,8. Nas UCSP foram obtidos valores inferiores a 0,7 em *aprendizagem organizacional* (0,64) e *valores nucleares* (0,66).

Não obstante terem sido obtidos valores inferiores a 0,7 nos resultados, Nunnally e Bernstein (1994), aconselham prudência ao assumir que os itens de um questionário não se associam a um determinado traço. Valores baixos de correlações observados, podem significar diferenças estatísticas na sua distribuição relativamente a outros itens, e não diferenças no conteúdo (Nunnally & Bernstein, 1994). Assim, para Nunnally e Bernstein (1994), eliminar itens com base nos valores das correlações entre itens pode levar a que se elimine um item de forma espúria, especialmente se o método de cálculo for o *stepwise* como no SPSS®. Cramer e Howitt (2004), recomendam igualmente precaução na interpretação de resultados obtidos através de métodos *stepwise*.

Considerando o referido, devido ao facto de existir um grupo profissional (médicos) e um tipo de unidade (USFA), nos quais foram obtidos valores superiores a 0,7 de Alfa de Cronbach em todos os indicadores, pondera-se se a disparidade entre os valores de Alfa de Cronbach obtidos entre os médicos e os restantes profissionais, bem como das USFA face às USFB e UCSP, é atribuível a diferenças na interpretação dos itens em função do grupo profissional e do tipo de unidade de pertença. De facto se considerarmos que o modo como as pessoas numa organização pensam, sentem, valorizam e agem, é guiado por ideias, significados e crenças de natureza cultural (Alvesson, 2002), se considerarmos igualmente que as idiosincrasias culturais podem influenciar a interpretação e a resposta aos itens de um questionário (Puppertz et al., 2017), então é possível que as diferenças observadas entre os valores de Alfa de Cronbach, possam apontar para a existência de subculturas (profissionais e de tipo de unidade) no ACeS AC, e não para uma baixa consistência interna do questionário.

Os resultados obtidos de Alfa de Cronbach no questionário com 48 itens, comparados com os obtidos por Lousã e Gomes (2016) com 59 itens, e por Denison et al. (2006) com 60 itens, encontram-se na Tabela 9. Da sua análise verifica-se que os valores obtidos na generalidade das respostas são

comparáveis com os obtidos por Lousã e Gomes (2016) e por Denison et al. (2006), ao que acresce o facto de que uma das formas de aumentar a confiabilidade de um questionário é torná-lo mais longo (Nunnally & Bernstein, 1994).

Tabela 9: Valores do Alfa de Cronbach, comparados com os obtidos por Lousã e Gomes, (2016) e por Denison et al. (2006).

Dimensão \ Indicador	Obtido	Lousã e Gomes, (2016)	Denison et al. (2006)
Envolvimento	0,94	0,92	0,89
Empowerment	0,83	0,80	0,76
Orientação para a Equipa	0,89	0,83	0,82
Capacidade de Desenvolvimento	0,85	0,83	0,7
Consistência	0,92	0,88	0,88
Valores Nucleares	0,71	0,68	0,71
Acordo	0,85	0,79	0,74
Coordenação e Integração	0,88	0,76	0,78
Adaptabilidade	0,90	0,85	0,87
Criação de Mudança	0,85	0,73	0,76
Foco no Cliente	0,78	0,63	0,74
Aprendizagem Organizacional	0,73	0,77	0,74
Missão	0,94	0,94	0,92
Direção Estratégica e Intenção	0,86	0,84	0,86
Metas e Objetivos	0,82	0,87	0,8
Visão	0,85	0,84	0,79

Fonte: Elaboração Própria com base em dados próprios e em Lousã e Gomes (2016) e Denison et al. (2006)

A estrutura relacional das respostas para cada indicador de cultura organizacional proposto por Denison (1997), foi avaliada através de análise fatorial exploratória com recurso ao software SPSS® v24, sobre a matriz de correlações com extração dos fatores pelo método dos componentes principais, seguida de uma rotação *varimax*, os *outputs* encontram-se no Anexo V. Os fatores comuns retidos foram os que apresentaram *eigenvalues* superiores a 1. Confirma-se que a estrutura dos itens do questionário corresponde aos fatores propostos por Denison (1997), ou seja, a existência de um único fator em cada conjunto de itens. Para avaliar a validade da análise fatorial exploratória utilizou-se o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) com os critérios de avaliação definidos por Kaiser (1974). Na Tabela 10 resumem-se os valores de KMO, os *Eigenvalues*, a comunalidade de cada item e a percentagem total da variância explicada por cada fator. Maioritariamente observaram-se valores de

KMO superiores a 0,7 o que os classifica como medianos, excetuando-se *orientação para a equipa, acordo e direção estratégica e intenção* com valores superiores a 0,8, o que os classifica como meritórios. Por outro lado, foram obtidos valores na ordem dos 0,6 para *valores nucleares e aprendizagem organizacional*, o que os classifica como medíocres, mas ainda assim aceitáveis para realizar a análise fatorial.

Tabela 10: Valores de KMO; Comunalidades; Eigenvalues; Percentagem Total da Variância Explicada pela Análise Fatorial Exploratória.

Fator	KMO	Comunalidade				Eigenvalue	% Variância Explicada
		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4		
EMP	0,790	0,657	0,760	0,615	0,639	2,671	66,79
OE	0,872	0,721	0,779	0,783	0,740	3,024	75,59
CD	0,791	0,631	0,648	0,727	0,785	2,790	69,76
CV	0,630	0,566	0,757	0,380	0,514	2,217	55,42
AGR	0,805	0,542	0,784	0,732	0,719	2,777	69,44
CI	0,777	0,600	0,750	0,818	0,783	2,950	73,74
CC	0,761	0,632	0,672	0,743	0,735	2,782	69,54
CF	0,715	0,695	0,606	0,495	0,408	2,205	55,13
OL	0,653	0,555	0,495	0,563	0,640	2,252	56,31
SDI	0,803	0,768	0,524	0,763	0,765	2,820	70,50
GO	0,747	0,665	0,709	0,731	0,516	2,621	65,52
VIS	0,766	0,734	0,622	0,765	0,662	2,784	69,59

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria.

Os *Eigenvalues* mais baixos obtidos referem-se aos fatores relativos a *foco no cliente*, a *valores nucleares* e *aprendizagem organizacional*, com 2,205, 2,217 e 2,252 respetivamente, facto que se relaciona com os valores da comunalidade dos itens. Em CV3, apenas 38% da variância observada é devida ao fator retido, o que indica a existência de outro fator que justifica parte da variância observada que não *valores nucleares*. No entanto caso se optasse por retirar o item CV3 apenas se obteria um aumento marginal no valor de Alfa de Cronbach, o qual passaria de 0,713, (recorde-se que foi o valor alfa mais baixo obtido) para 0,729, pelo que se considera que o ganho obtido em termos de consistência interna não justifica o *trade off* com a perda de informação. Relativamente aos itens CF3, CF4 e OL2, a eliminação de qualquer um destes itens provoca uma diminuição do valor de Alfa de Cronbach de 0,727 para 0,69 e 0,721 com a eliminação de CF3 ou CF4 respetivamente, e de 0,731 para 0,704 com a eliminação de OL2. A variância total explicada pelo modelo oscila entre os 55% em *foco*

no cliente ou acordo até aos 75,6% para *orientação para a equipa*. Para além de *orientação para a equipa*, apenas em *coordenação e integração* (73,7%) e *direção estratégica e intenção* (70,5%), o modelo explica mais de 70% da variância observada.

Dado que os valores de KMO são inferiores a 0,7 em Valores Nucleares (0,63) e Aprendizagem Organizacional (0,653), que o total da variância explicada pelo modelo ser inferior a 60% em Valores Nucleares (55,42%), em Foco no Cliente (55,13%) e em Aprendizagem Organizacional (56,31%), e finalmente ao facto de que de acordo com Hair et al. (2014), a utilização dos *scores* dos fatores obtidos ser mais difícil de interpretar e de ser difícil replicar resultados, opta-se por não utilizar os *scores* obtidos nas análise subsequentes. Optou-se por utilizar a média da informação global através da média aritmética das quatro questões, de acordo com o preconizado por Likert (1932) para a construção dos *scores* dos indicadores de cultura.

4.3. Estatística Descritiva dos Indicadores da Cultura Organizacional

Os valores (*scores*) obtidos através da média aritmética das respostas às questões para os indicadores encontram-se na Tabela 11, e a sua representação gráfica no Anexo VI. O indicador com a média mais elevada é *aprendizagem organizacional* (3,76) e o indicador com média mais baixa é *visão* com uma média de 3,278. Entre os indicadores com um resultado mais elevado, destaca-se *empowerment* (segundo mais elevado) e *orientação para a equipa* (terceiro mais elevado) com uma média de 3,717 e 3,715 respetivamente, ambos da dimensão *envolvimento*.

Através da média aritmética da soma da média dos três indicadores de cada dimensão observa-se que *envolvimento* é a dimensão com a média mais elevada (3,651), enquanto que a dimensão *missão* é a que apresenta a média mais baixa (3,401). As dimensões *consistência* e *adaptabilidade* apresentam médias de 3,524 e 3,542 respetivamente. Os resultados obtidos encontram-se alinhados com os de Leone et al. (2014), que referem que o tipo de cultura organizacional predominante nos Agrupamentos de Centros de Saúde é a cultura de Clã na percepção dos seus gestores, e com os de Cruz e Ferreira (2012), quanto ao predomínio da existência de uma cultura de clã nas USFA e USFB.

Tabela 11: Estatística Descritiva dos Indicadores.

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
\bar{X}	3,717	3,715	3,521	3,740	3,515	3,315	3,385	3,481	3,760	3,567	3,358	3,278
S	0,783	0,832	0,751	0,700	0,744	0,796	0,756	0,617	0,705	0,770	0,821	0,775
Curtose	0,178	0,521	0,517	-0,293	0,353	0,503	0,316	0,263	0,267	0,306	-0,260	0,150
Assimetria	-0,579	-0,707	-0,526	-0,240	-0,430	-0,350	-0,256	0,269	-0,298	-0,368	-0,129	-0,277

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão; \bar{X} – Média da Amostra; S – Desvio Padrão da Amostra. Fonte: Elaboração Própria.

Os dados de estatística descritiva por tipologia de unidade encontram-se na Tabela 12.

Tabela 12: Estatística Descritiva dos Indicadores por Tipologia de Unidade Funcional

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
\bar{X}	3,625	3,539	3,388	3,724	3,487	3,194	3,310	3,444	3,772	3,302	3,147	3,172
S	0,831	0,928	0,800	0,708	0,843	0,944	0,869	0,727	0,682	0,812	0,911	0,781
Curtose	0,071	-0,295	0,524	-0,133	0,511	-0,148	-0,254	-0,432	-0,216	0,508	-0,241	0,022
Assimetria	-0,578	-0,572	-0,427	-0,448	-0,598	-0,460	-0,072	0,487	-0,142	-0,408	-0,095	-0,176
\bar{X}	3,640	3,689	3,485	3,670	3,519	3,337	3,367	3,455	3,682	3,545	3,364	3,258
S	0,787	0,853	0,779	0,770	0,775	0,756	0,775	0,634	0,784	0,757	0,762	0,834
Curtose	0,432	1,033	0,488	-0,690	0,006	0,796	0,698	0,815	0,555	-0,226	-0,672	-0,073
Assimetria	-0,575	-0,741	-0,501	0,071	-0,281	-0,114	-0,296	0,094	-0,406	0,068	-0,035	-0,304
\bar{X}	3,902	3,929	3,701	3,839	3,540	3,415	3,482	3,549	3,839	3,866	3,571	3,411
S	0,705	0,650	0,633	0,600	0,595	0,663	0,595	0,456	0,630	0,636	0,744	0,685
Curtose	-0,308	-0,576	0,168	0,591	-0,620	0,142	0,144	-0,239	-0,502	1,021	-0,499	0,943
Assimetria	-0,465	-0,235	-0,425	-0,382	-0,164	0,126	-0,214	0,463	-0,038	-0,565	0,102	-0,216

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão; \bar{X} – Média da Amostra; S – Desvio Padrão da Amostra. Fonte: Elaboração Própria.

Por tipologia de unidade, as USFA e USFB partilham os mesmos indicadores com a média mais elevada e com a média mais baixa, tendo o indicador com a média mais elevada sido *orientação para*

a *equipa* com uma média de 3,929 e 3,689 respetivamente nas USFB e USFA. Por outro lado, *visão* foi o indicador com média mais baixa com 3,258 e 3,411 respetivamente para as USFA e USFB. Nas UCSP o indicador com a média mais elevada foi *aprendizagem organizacional* (3,772) e o indicador com a média mais baixa foi *metas e objetivos* com uma média de 3,147.

Os resultados da estatística descritiva por grupo profissional encontram-se na Tabela 13. Para o grupo profissional dos médicos, o indicador com a média mais elevada é *valores nucleares* (3,938), enquanto os indicadores com a média mais baixa foram simultaneamente *coordenação e integração* e *visão* (ambos com 3,379).

Tabela 13: Estatística Descritiva dos Indicadores por Grupo Profissional.

		EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Médicos	\bar{X}	3,844	3,789	3,629	3,938	3,535	3,379	3,402	3,520	3,789	3,688	3,441	3,379
	S	0,902	0,941	0,826	0,791	0,919	1,010	0,919	0,717	0,837	0,913	0,934	0,953
	Curtose	-0,019	0,367	0,420	-0,313	-0,553	-0,122	0,038	0,405	0,317	-0,668	-0,936	-0,349
	Assimetria	-0,709	-0,693	-0,578	-0,522	-0,272	-0,318	-0,389	0,090	-0,549	-0,332	-0,050	-0,360
Enfermeiros	\bar{X}	3,586	3,664	3,453	3,676	3,434	3,203	3,313	3,414	3,605	3,445	3,242	3,098
	S	0,717	0,778	0,739	0,623	0,703	0,648	0,689	0,524	0,607	0,696	0,755	0,678
	Curtose	-0,449	0,849	1,127	0,015	1,047	0,219	0,476	-1,032	0,072	1,315	-0,012	-0,023
	Assimetria	-0,195	-0,712	-0,780	-0,462	-0,638	-0,390	0,126	0,377	-0,025	-0,344	-0,244	-0,143
Secretários Clínicos	\bar{X}	3,721	3,688	3,471	3,577	3,591	3,375	3,452	3,514	3,913	3,567	3,399	3,375
	S	0,685	0,760	0,664	0,623	0,524	0,650	0,606	0,593	0,608	0,646	0,746	0,595
	Curtose	2,456	0,523	-0,131	-0,135	0,241	1,034	-0,662	0,229	-0,674	2,199	0,972	1,759
	Assimetria	-1,276	-0,948	-0,283	-0,098	-0,521	-0,890	-0,349	0,360	-0,029	-1,148	-0,410	-0,753

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão; \bar{X} – Média da Amostra; S – Desvio Padrão da Amostra. Fonte: Elaboração Própria.

À semelhança dos médicos, nos secretários clínicos os indicadores com médias mais baixas foram *coordenação e integração* e *visão* (3,375), enquanto que o indicador *aprendizagem organizacional* foi o que obteve a média mais elevada (3,913) neste grupo profissional. O indicador *visão* foi o que apresentou a média mais baixa para os enfermeiros (3,098), enquanto o indicador *valores nucleares* apresentou a média mais elevada neste grupo profissional (3,676). Destaca-se igualmente o facto de

que é no grupo profissional dos enfermeiros que as médias dos indicadores apresentam os valores mais baixos comparativamente aos restantes grupos profissionais.

A representação gráfica dos indicadores de CO por grupo profissional encontram-se no Anexo VII, a representação gráfica dos indicadores de CO por tipo de unidade no Anexo VIII.

4.4. Estatística Inferencial

Foi testada a normalidade da distribuição das médias dos dados através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Através dos resultados do teste ($\alpha = 0,01$), conclui-se pela rejeição da hipótese nula nos 12 indicadores. Foram feitas tentativas de transformação dos dados para a quase normalidade recorrendo à logaritmação e à transformação nas raízes quadradas, conforme proposto por Jonhson e Wichern (2007) e por Sheskin (2004). No entanto, não se obtiveram resultados satisfatórios. Mas, atendendo ao teorema do limite central, que permite afirmar que a distribuição das médias amostrais para grandes amostras é quase normal, qualquer que seja a forma de distribuição da população (Cramer & Howitt, 2004; Jonhson & Wichern, 2007). Dado que a amostra deste estudo é composta por 180 observações, (sendo que o menor grupo profissional é composto por 52 observações para os secretários clínicos e o menor grupo em função do tipo de unidade é composto por 56 observações para as USFB) e que os testes paramétricos são mais robustos que os não paramétricos (Sheskin, 2004), opta-se pela utilização de testes paramétricos: ANOVA e *teste - t*.

4.4.1. Grupos Profissionais

Para testar a hipótese de que a perceção da cultura organizacional das unidades de saúde do ACeS AC pelos seus colaboradores é influenciada pelo tipo de unidade funcional a que pertencem foi realizada a ANOVA, recordando as hipóteses colocadas: $H_0: \mu_{Médicos} = \mu_{Enfermeiros} = \mu_{Secretários\ Clínicos}$ e $H_1: \text{Não } H_0$. Os resultados da ANOVA, que constam na Tabela 14, permitem rejeitar, com um alfa de 0,05, a hipótese nula da igualdade das médias no indicador Valores Nucleares. Com um intervalo de confiança de 95% não se rejeita a hipótese nula nos restantes indicadores.

Tabela 14: Resultado da ANOVA por Grupo Profissional

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Valor F	1,749	0,399	1,037	4,383	0,677	0,985	0,511	0,576	2,881	1,592	1,032	2,735
pvalue	0,177	0,672	0,357	0,014	0,509	0,376	0,6	0,563	0,059	0,206	0,358	0,068

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria.

Relativamente aos médicos, encontram-se na Tabela 15 os resultados obtidos na comparação deste grupo profissional com os enfermeiros, e na Tabela 16 encontram-se os resultados da diferença entre os médicos e os secretários clínicos. Conclui-se (alfa 0,05) pela rejeição a hipótese nula da igualdade da média no indicador *valores nucleares* com os dois grupos profissionais, não se rejeitando a hipótese nula nos restantes indicadores.

Tabela 15: Resultado do Teste t para a diferença das médias entre médicos e enfermeiros

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Valor t	1,789	0,819	1,269	2,080	0,702	1,172	0,626	0,950	1,420	1,687	1,327	1,924
pvalue	0,076	0,414	0,207	0,040	0,484	0,244	0,533	0,344	0,158	0,094	0,187	0,057

Legenda: pvalue – para teste bilateral; EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 16: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre médicos e secretários clínicos.

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Valor t	0,808	0,629	1,115	2,680	-0,413	0,025	-0,348	0,041	-0,926	0,829	0,272	0,027
pvalue	0,421	0,531	0,267	0,008	0,680	0,980	0,728	0,967	0,357	0,409	0,786	0,979

Legenda: pvalue – para teste bilateral; EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria.

O facto de a percepção do indicador *valores nucleares* (que é definido por Denison et al. (2014), como a posse de um conjunto partilhado de valores que criam um sentido de identidade e um conjunto claro de expectativas) ser diferente entre os médicos e os restantes profissionais pode indiciar a existência de uma subcultura profissional no grupo profissional dos médicos, reforçado por ser o único indicador em que se rejeita igualmente a hipótese da igualdade da média através da ANOVA. No entanto, dado os valores de Alfa de Cronbach obtidos para enfermeiros e secretários clínicos neste indicador (0,65), existe a necessidade de cautela na interpretação destes resultados.

Para testar a hipótese nula da igualdade das médias entre enfermeiros e secretários clínicos foi igualmente realizado um *teste – t*, cujo resultados se sintetizam na Tabela 17, e que levam a que se rejeite a hipótese da igualdade da média nos indicadores *aprendizagem organizacional* e *visão*. O facto de estes dois grupos profissionais não apresentarem diferenças em simultâneo como nos médicos, pode indicar uma maior identificação destes profissionais com a subcultura do serviço, tal como no estudo de Lok et al. (2011).

Tabela 17: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre enfermeiros e secretários clínicos.

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Valor t	-1,030	-0,163	-0,137	0,850	-1,343	-1,418	-1,143	-0,967	-2,715	-0,969	-1,119	-2,313
p ^{value}	0,305	0,871	0,891	0,397	0,182	0,159	0,255	0,335	0,008	0,335	0,266	0,023

Legenda: p^{value} – para teste bilateral; EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão.
Fonte: Elaboração Própria.

Atendendo às várias evidências encontradas, conclui-se que a percepção da cultura organizacional pelos colaboradores difere em função do grupo profissional de pertença, facto mais evidente no grupo profissional médicos.

4.4.2. Tipo de Unidade

Para testar a hipótese de que a percepção da cultura organizacional das unidades de saúde do ACeS AC pelos seus colaboradores é influenciada pelo tipo de unidade a que pertencem, realizaram-se testes paramétricos (ANOVA e *teste – t*). Os resultados da ANOVA constam na Tabela 18.

Tabela 18: Resultados da ANOVA por tipo de unidade.

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Valor F	2,31	3,255	2,64	0,902	0,073	1,14	0,76	0,504	0,765	8,315	3,943	1,389
pvalue	0,102	0,041	0,074	0,408	0,93	0,322	0,469	0,605	0,467	0,000	0,021	0,252

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intensão; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria.

Face aos resultados obtidos, para um alfa de 0,05, rejeita-se a hipótese nula da igualdade da média para os indicadores *orientação para a equipa* (dimensão *envolvimento*), *direção estratégica e intensão* e *metas e objetivos* (ambos da dimensão *missão*). Não se rejeita a hipótese nula nos restantes indicadores.

Da comparação entre tipos de unidades, para a igualdade das médias entre as USCP e as USFA, a partir dos resultados do *teste – t* que constam na Tabela 19, para um alfa de 0,05, não se rejeita a hipótese nula da igualdade da média entres os indicadores da cultura organizacional entre as UCSP e as USFA.

Tabela 19: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre UCSP e USFA.

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Valor t	-0,104	-0,942	-0,682	0,402	-0,219	-0,937	-0,387	-0,087	0,675	-1,729	-1,445	-0,584
pvalue	0,917	0,348	0,496	0,688	0,827	0,351	0,700	0,931	0,501	0,086	0,151	0,560

Legenda: pvalue – para teste bilateral; EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria.

Entre as UCSP e as USFB, pela análise de resultados da Tabela 20, com um intervalo de confiança de 95%, rejeita-se a hipótese nula da igualdade das médias nos indicadores *orientação para a equipa*; *capacidade de desenvolvimento*; *direção estratégica e intenção*; e *metas e objetivos*; não se rejeita a hipótese nula nos restantes indicadores.

Tabela 20: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre UCSP e USFB.

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Valor t	-1,914	-2,605	-2,310	-0,935	-0,387	-1,452	-1,235	-0,928	-0,550	-4,139	-2,732	-1,734
pvalue	0,058	0,011	0,023	0,352	0,699	0,149	0,220	0,355	0,583	0,000	0,007	0,086

Legenda: p^{value} – para teste bilateral; EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão.
Fonte: Elaboração Própria.

Entre as USFA e as USFB, os resultados obtidos, e sintetizados na Tabela 21, permitem rejeitar a hipótese nula da igualdade da média ($\alpha = 0,05$) no indicador *direção estratégica e intenção* e não rejeitar a hipótese nula nos restantes indicadores de CO.

Tabela 21: Resultados do Teste t para a diferença das médias entre USFA e USFB.

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Valor t	-1,919	-1,718	-1,661	-1,333	-0,167	-0,601	-0,904	-0,931	-1,208	-2,506	-1,517	-1,095
pvalue	0,057	0,088	0,099	0,185	0,867	0,549	0,368	0,354	0,229	0,014	0,132	0,276

Legenda: p^{value} – para teste bilateral; EMP – Empowerment; TO – Orientação para Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão.
Fonte: Elaboração Própria.

Se substituirmos as hipóteses alternativas $H_1: \mu_{UCSP} \neq \mu_{USFB}$ por $H_1: \mu_{UCSP} < \mu_{USFB}$; $H_1: \mu_{USFA} \neq \mu_{USFB}$ por $H_1: \mu_{USFA} < \mu_{USFB}$; e $H_1: \mu_{UCSP} \neq \mu_{USFA}$ por $H_1: \mu_{UCSP} < \mu_{USFA}$, ou seja passarmos de um teste bilateral para um teste unilateral à esquerda, verifica-se que as diferenças na perceção da cultura organizacional por tipo de unidade, vêm ao encontro do preconizado por Denison e Mishra, (1995), que encontraram evidências da capacidade preditiva da eficácia nas dimensões da cultura organizacional, existindo diferenças nas médias entre os vários tipos de unidade. A média obtida nas USFB (com um alfa de 0,05) é superior à média obtida quer nas UCSP quer nas USFA, dito de outro modo, as unidades com um melhor desempenho (medido em termos de

IDSADA) apresentam médias mais elevadas nos indicadores da cultura organizacional, sendo que em nenhum indicador a média das USFB é inferior às médias obtidas nas restantes unidades. No máximo, não existem diferenças entre as médias obtidas nas USFB face às médias obtidas nos restantes tipos de unidades.

Atendendo ao anteriormente descrito, poder-se-á afirmar face às perceções dos colaboradores das USFB e das UCSP, que nas USFB existe um maior comprometimento dos seus colaboradores (dimensão *envolvimento* (Denison et al., 2014)) conseguido pela ênfase no trabalho em equipa, com objetivos comuns perante os quais todos os colaboradores se sentem responsáveis (*orientação para a equipa* (Denison et al., 2014)), e num maior investimento na valorização das capacidades dos seus colaboradores (*capacidade de desenvolvimento* (Denison et al., 2014)). Existe, igualmente, uma maior perceção por parte dos colaboradores das USFB, face aos colaboradores das UCSP, de uma maior clareza nas intenções estratégicas que transmitem o propósito da unidade e que lhes permitem saber como podem contribuir (*direção estratégica e Intenção* (Denison et al., 2014)), e existe também um conjunto claro de metas e objetivos, que pode ser vinculado à missão, à visão e à estratégia, que fornece uma direção clara ao trabalho (*metas e objetivos* (Denison et al., 2014)).

Embora existam diferenças na perceção da cultura organizacional mediadas tanto pelos grupos profissionais de pertença como pelo tipo de unidade, observa-se que o número de indicadores que é influenciado pelo tipo de unidade é superior ao influenciado pelo grupo profissional, o que vem ao encontro do preconizado por Ehrhart et al. (2014) uma vez que se tratam de unidades com um número relativamente reduzido de colaboradores, por vezes com a existência de laços sociais fortes entre colaboradores. Deste modo, embora os dados sugiram a presença de subculturas profissionais especialmente para o grupo profissional médicos, estas são mais acentuadas no que respeita à existência de subculturas de equipas (em função do tipo de unidade).

De modo a conferir maior robustez ao estudo realizado, foram igualmente realizados os testes não paramétricos. Realizaram-se testes de Mann-Whitney⁸ em substituição dos testes t para as diferenças entre profissões e tipo de unidade; o teste de Kruskal-Wallis⁹ em substituição do teste Anova para a

⁸ As hipóteses associadas ao teste de Mann-Whitney são: $H_0: \theta_1 = \theta_2$ $H_1: \theta_1 \neq \theta_2$

⁹ As hipóteses associadas ao teste de Kruskal-Wallis são: $H_0: \theta_{Méd} = \theta_{Enf} = \theta_{SC}$ $H_1: \text{Não } H_0$

diferença entre grupos profissionais; e o teste de Jonckheere-Terpstra¹⁰ no teste das diferenças entre os tipos de unidade, uma vez que existe suporte teórico no modelo de cultura organizacional de Denison (1997), para a ordenação das alternativas e de ser mais potente que o teste de Kruskal-Wallis (Sheskin, 2004). Os *outputs* encontram-se no Anexo IX. Os resultados obtidos são similares aos resultados obtidos através dos testes paramétricos, o que vem ao encontro do preconizado por Sheskin (2004).

4.5. Correlação entre a Percepção da Cultura Organizacional e o Desempenho

Os resultados da correlação de Pearson entre os resultados dos indicadores de CO e a mediana do desempenho nas dimensões do Desempenho Assistencial por tipo de unidade encontram-se no Anexo X. Na Tabela 22, sintetizam-se os resultados obtidos.

Não foi possível calcular as correlações entre os indicadores de CO e o desempenho nas dimensões Personalização e Tempo de Resposta Máximo Garantido uma vez que os valores eram constantes. Não existe igualmente correlação estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$) entre os indicadores da CO e o desempenho na dimensão Consulta no Próprio Dia.

Observa-se, a não existência de correlação estatisticamente significativa ($\alpha = 0,05$) entre os indicadores das dimensões *consistência* e *adaptabilidade* e o desempenho nas dimensões da Área do Desempenho Assistencial. Existem correlações estatisticamente significativas ($\alpha = 0,05$) entre os indicadores da cultura organizacional das dimensões *envolvimento* e *missão*, (com a exceção do indicador *visão* na dimensão *missão*), embora de acordo com a classificação proposta por Hinkle, Wiersma e Jurs citados por Mukaka (2012, p. 71), todas as correlações encontradas sejam classificadas como negligenciáveis (inferiores a 0,3).

¹⁰ As hipóteses associadas ao teste de Jonckheere-Terpstra são: $H_0: \theta_{UCSP} = \theta_{USFA} = \theta_{USFB}$ $H_1: \theta_{USFB} \geq \theta_{USFA} \geq \theta_{UCSP}$ com pelo menos uma desigualdade estrita.

Considera-se que as correlações encontradas, embora próximas de zero mas estatisticamente significativas, possuem significado sob o ponto de vista teórico ou prático, conforme o defendido por Sheskin, (2004). Justifica-se esta afirmação, uma vez que: existem relações não avaliadas dentro da organização, que colocam em causa a validade preditiva da cultura (Hartnell et al., 2019); existem outros fatores com impacto no desempenho como os recursos humanos, os recursos materiais, os recursos financeiros (Revilla-Macías et al., 2015); e *in extremis*, ser possível questionar se os dados relativos ao desempenho das unidades não estarão contaminados por uma das oito consequências não desejadas da publicação de dados de desempenho descritas por Smith (1995).

Tabela 22: Quadro resumo dos resultados da correlação de Pearson entre os resultados dos indicadores de cultura e a mediana do desempenho nas Dimensões do Desempenho Assistencial por tipo de unidade.

	CU	CPD	DCPD	PerTMRG	DM	DAR	HTA	MOTD	SM	SA	SI	SIP	PF	PMCDT
EMP	,159*	-	-	-	,153*	-	-	,159*	,159*	-	-	-	-	-
TO	,180*	-	,147*	-	,188*	,147*	,178*	,173*	,180*	,182*	,187*	,187*	,187*	,171*
CD	,167*	-	-	-	,170*	-	,155*	,162*	,167*	,160*	,166*	,166*	,166*	,148*
CV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AGR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SDI	,276**	-	,238**	-	,291**	,238**	,282**	,262**	,276**	,287**	,292**	,292**	,292**	,273**
GO	,187*	-	,178*	-	,202**	,178*	,203**	,175*	,187*	,205**	,207**	,207**	,207**	,199**
VIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Legenda: **. Correlação significativa para um alfa de 0,01 ; *. Correlação significativa para um alfa de 0,05; EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipa; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão; CU - Cobertura ou Utilização; Per – Personalização; TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos; CPD - Consulta no Próprio Dia; DCPNP - Distribuição das Consultas Presenciais no Dia; SIP; Saúde Infantil e Juvenil; SM - Saúde da Mulher; SA -Saúde do Adulto; SI - Saúde do Idoso; DM- Diabetes Mellitus; HTA - Hipertensão Arterial; DAR - Doenças Aparelho Respiratório; MOTD - Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças; PF - Prescrição Farmacoterapêutica; PMCDT - Prescrição MCDT. Fonte Elaboração Própria.

Constata-se que as dimensões da subárea Acesso são as que apresentam menos correlações estatisticamente significativas com os indicadores da cultura organizacional.

Nas correlações existentes, verifica-se que os indicadores da dimensão *missão (direção estratégica e intenção e metas e objetivos)* apresentam coeficientes de determinação superiores, comparativamente aos indicadores da dimensão *envolvimento (empowerment; orientação para a*

equipa; e *capacidade de desenvolvimento*) o que vem ao encontro do preconizado por Denison e Mishra, (1995), que encontraram evidência de que, entre as quatro dimensões da cultura organizacional, a dimensão *missão* é a que possui o maior potencial preditivo de desempenho. Embora a dimensão *envolvimento* seja a que tenha a média mais elevada nos três tipos de unidades funcionais, os resultados obtidos são consistentes com os resultados obtidos por Hartnell et al. (2016, 2019), na medida em que estes não encontraram correlações significativas entre o desempenho e culturas organizacionais mais focadas nas relações (como a cultura de clã), mas sim em culturas organizacionais mais focadas nas tarefas (como a cultura de mercado).

O indicador de cultura organizacional com é o indicador *direção estratégica e intenção* é o que apresenta coeficientes de determinação superiores aos restantes (compreendidos entre 0,05664 e 0,08526) o que significa que entre 5,6% a 8,526 % da variância no desempenho nas dimensões da área do Desempenho Assistencial pode ser atribuída à variação no Indicador *direção estratégica e intenção*, que recorde-se é o único indicador que difere simultaneamente entre as USFB e as USFA e as USFB e as UCSP (ver Tabela 19 e Tabela 20). O facto de maior variação dos resultados de desempenho assistencial poder ser atribuída aos indicadores da dimensão *missão*, justifica-se com o proposto por Cruz e Ferreira (2012), que defendem que as alterações iniciadas com a reforma dos cuidados de saúde primários requerem a existência de uma cultura organizacional mais orientada para uma cultura de tipo mercado nas unidades funcionais.

Finalmente, observa-se que os indicadores *orientação para a equipa*, *direção estratégica e intenção*, e *metas e objetivos*, são os indicadores nos quais existem diferenças na média em função do tipo de unidade (conforme é visível na Tabela 18), e onde existe o maior número de correlações estatisticamente significativas ($\alpha = 0,05$) com o desempenho, nas dimensões da área do Desempenho Assistencial. Estas evidências implicam a existência de uma correlação positiva entre a percepção da CO pelos colaboradores e o desempenho das unidades.

5. CONCLUSÕES

5.1. Conclusões Gerais

Embora a dimensão cultural seja central em todos os aspetos da vida de uma organização, o conceito de cultura organizacional é complexo. A sua abordagem é definida em função da agenda dos investigadores, destacando-se a existência de duas correntes de análise da cultura organizacional, a abordagem “*etic*” e a abordagem “*emic*” da cultura organizacional. Atendendo a que a questão de partida surge da assunção da existência de uma relação entre a cultura organizacional e o desempenho das equipas prestadoras de cuidados de saúde primários, esta remete para preocupações na aplicação prática e no controlo dos fenómenos organizacionais, pelo que foi naturalmente escolhida a abordagem “*etic*”. Assim, através de métodos quantitativos e tendo como estratégia de investigação a sondagem, procurou-se caracterizar a perceção da cultura organizacional das equipas de prestação de cuidados (USFB, USFA, e UCSP) do ACeS AC, e simultaneamente investigar a presença de subculturas profissionais, e de tipo de unidade. Posteriormente, com recurso a um estudo correlacional procurou-se evidência da existência de relação entre o desempenho das equipas de saúde e as perceções da cultura organizacional pelos seus colaboradores.

A escolha do modelo de Cultura Organizacional de Denisson e consequentemente da utilização do DOCS como instrumento de avaliação da perceção da cultura organizacional das unidades funcionais pelos seus colaboradores, revelaram-se adequadas atendendo a que o modelo é baseado nos aspetos da cultura organizacional que influenciam a eficácia, e atendendo a que o DOCS tem o seu foco nos valores de que a organização necessita para ser eficaz, ou seja, caracteriza a cultura de uma organização tendo como foco a eficácia.

Com base nos resultados obtidos, verificou-se que nas equipas prestadoras de cuidados de saúde personalizados ou familiares a dimensão *envolvimento* foi a que apresentou a média mais elevada (3,651), enquanto que a dimensão *missão* (3,401) foi a que apresentou a média mais baixa, o que parece indiciar uma menor perceção de sentido de direção e de sentido de propósito pelos colaboradores. Numa outra perspetiva, caso tivesse sido utilizado como modelo de análise da cultura organizacional o modelo dos valores contrastantes, através da justaposição dos quadrantes culturais, poder-se-ia afirmar que o tipo de cultura dominante das equipas seria previsivelmente de tipo Clã.

Encontrou-se evidência da existência de subculturas profissionais, sendo esse fenómeno mais evidente no grupo profissional dos médicos, existindo uma diferença na média ($\alpha = 0,05$) do indicador

Valores Nucleares entre estes profissionais e os restantes. De igual forma foi encontrada evidência da existência de subculturas em função do tipo de unidade de pertença (ou de equipa), sendo mais acentuadas as diferenças entre as equipas das UCSP e as equipas das USFB, uma vez que as USFB apresentam médias superiores ($\alpha = 0,05$) às das UCSP em indicadores de duas dimensões: *envolvimento* e *missão*, o que implica que os colaboradores das USFB são mais comprometidos com a organização, consideram-se mais empoderados e possuem um maior sentido de propósito e de direção, comparativamente com os colaboradores das UCSP. Outro aspecto a considerar é a existência de diferenças na consistência interna do DOCS em função do grupo profissional e do tipo de unidade, remetendo assim para diferenças culturais, as quais apontam para a existência de subculturas.

No estudo correlacional, encontraram-se correlações estatisticamente significativas ($\alpha = 0,05$) positivas entre a perceção da cultura organizacional pelos colaboradores e o desempenho em várias dimensões do Desempenho Assistencial, nos três indicadores da dimensão *envolvimento* e em dois da dimensão *missão* (*direção estratégica e intenção*, e *metas e objetivos*). Estes resultados corroboram o preconizado por Denison e Mishra (1995), que defendem a existência de uma relação positiva entre os resultados do DOCS e o desempenho.

Como contributos, o trabalho permite proporcionar aos líderes do ACeS AC e das equipas prestadoras de cuidados de saúde personalizados e familiares, conhecimento sobre a cultura organizacional das suas unidades. É função dos líderes assegurar o alinhamento entre a cultura organizacional e as estruturas e as práticas organizacionais, bem como entre a cultura organizacional e o clima organizacional, com o objetivo de proporcionar cuidados de saúde de qualidade. Assim, e atendendo aos resultados obtidos, destaca-se a necessidade implementação de políticas de recursos humanos que aumentem a perceção dos colaboradores sobre o propósito e qual a direção das suas unidades. Destaca-se, igualmente, a necessidade de implementação de políticas de recursos humanos que transmitam aos colaboradores os objetivos da organização, permitindo-lhes saber como contribuir para atingir os objetivos e as metas das suas unidades. Objetivos e metas que devem ser claros e estarem vinculados à missão, à visão e à estratégia da organização.

5.2. Limitações da Investigação

Atendendo ao anteriormente referido, considera-se que os objetivos propostos foram atingidos. Não obstante, importa apresentar as limitações deste estudo. A primeira relaciona-se com a falta de uma compreensão profunda do fenómeno em estudo, sendo que esta falta de compreensão decorre do facto de os níveis mais interiores da cultura organizacional serem difíceis de avaliar através de métodos comparativos (Chatman & O'Reilly, 2016; Denison et al., 2006). Schein (2004), afirma que estes métodos são totalmente inúteis para compreender a organização.

Embora os resultados permitam um maior conhecimento da cultura organizacional, não são conhecidos quais os mecanismos que justificam as diferenças encontradas na perceção da cultura organizacional em função do tipo de equipa a que pertencem. É um aspeto que decorre da abordagem seguida neste trabalho, uma vez que a abordagem “*etic*” da cultura organizacional se centra no comportamento da organização, com o ênfase na funcionalidade e no controlo, e não em descrições e explicações dos fenómenos. É do conhecimento geral que as USFB possuem políticas de recompensas distintas das restantes unidades e uma maior autonomia organizacional. Questionamo-nos sobre a possível existência de outras diferenças nas políticas de recursos humanos (tais como, políticas de recrutamento ou políticas de formação) que justifiquem as diferenças encontradas, sobretudo entre as USFB e as UCSP. Deste modo, sugere-se a aplicação de estratégias qualitativas como a realização de entrevistas (não estruturadas ou semiestruturadas) ou *focus group*, para responder à questão do porquê das diferenças existentes na perceção da cultura organizacional em função do tipo de unidade.

A segunda limitação deste estudo relaciona-se com a sua validade externa. Considerando o proposto por Kotter e Heskett (1992), de que apenas culturas em linha com o contexto e a estratégia da organização se associam a desempenhos superiores, questiona-se se as recomendações deste estudo poderão ser generalizadas a outras unidades em diferentes agrupamentos de centros de saúde (diferentes contextos). Uma forma possível de ultrapassar essa dificuldade será aumentar os contextos em estudo, e simultaneamente recorrer a técnicas de amostragem probabilística.

5.3. Linhas de Investigação Futuras

Como futura possível linha de investigação, e considerando a situação de pandemia (COVID-19)., sugere-se voltar a aplicar o DOCS na mesma população e comparar resultados, com o objetivo de responder à questão “qual o impacto da pandemia na percepção da cultura organizacional dos colaboradores das equipas dos cuidados de saúde primários?”. Alterar-se-ia o seu horizonte temporal, passando a ser um estudo longitudinal.

Uma outra linha de investigação consiste na adoção da estratégia de investigação de estudo de caso. Saunders *et al.* (2009) define estudo de caso como uma estratégia para realizar pesquisas que envolvam a investigação empírica de um fenómeno no seu contexto real utilizando múltiplas fontes de evidências. Uma particularidade do estudo de casos é a necessidade de confrontar os dados obtidos através das diferentes fontes, a chamada triangulação (Saunders *et al.*, 2009), que consiste no uso de mais de um método ou fonte de dados no estudo de um fenómeno social de modo a que os dados obtidos possam ser cruzados (Bryman, 2012; Saunders *et al.*, 2009) com o objetivo de aumentar a validade do estudo (Bryman, 2012). Face ao anteriormente descrito combinar-se-ia a aplicação de questionários, abordagem quantitativa, com a realização de entrevistas a membros dos conselhos técnicos das unidades, abordagem qualitativa.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2019. Obtido de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Operacionalizacao_Contratualizacao_CSP_2019.pdf
- Administração Regional de Saúde do Alentejo. (2019). ACES Alentejo Central. Obtido 1 de Maio de 2020, de <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/ACES-Alentejo-Central.aspx>
- Ahluwalia, S. C., Damberg, C. L., Haas, A., & Shekelle, P. G. (2019). How are medical groups identified as high-performing? The effect of different approaches to classification of performance. *BMC health services research*, 19(500), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4293-9>
- Alvesson, M. (2002). *Understanding Organizational Culture*. London: Sage.
- Alvesson, M., & Sveningsson, S. (2008). *Changing Organizational Culture: Cultural change work in progress*. Oxon: Routledge.
- Ashkanasy, N. M., Broadfoot, L. E., & Falkus, S. (2000). Questionnaire Measures of Organizational Culture. Em N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderom, & M. F. Peterson (Eds.), *Handbook of Organizational Culture and Climate* (pp. 131–145). Thousand Oaks: Sage.
- Austin, J. (2002). Displaying Data. Em C. Tredoux & K. Durheim (Eds.), *Numbers, Hypotheses & Conclusions: A Course in Statistics for the Social Sciences* (pp. 18–39). Lansdowne: UCT Press.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4.^a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Calciolari, S., Prenestini, A., & Lega, F. (2018). An organizational culture for all seasons? How cultural type dominance and strength influence different performance goals. *Public Management Review*, 20(9), 1400–1422. <https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1383784>
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2006). *Diagnosing Changing Organization Culture Based on the Competing Values Framework* (Revised). San Francisco: Jossey-Bass.
- Chatman, J. A., & O'Reilly, C. A. (2016). Paradigm lost: Reinvigorating the study of organizational culture. *Research in Organizational Behavior*, 36, 199–224. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2016.11.004>
- Collins, J. (2007). *De Bom a Excelente* (2.^a ed.). Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Cramer, D., & Howitt, D. (2004). *The SAGE Dictionary of Statistics*. London: Sage.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (3.^a ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–

334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cruz, S., & Ferreira, M. (2012). Percepção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 103–112. <https://doi.org/10.12707/rrii1123>
- Dahler-Larsen, P. (2014). Constitutive Effects of Performance Indicators : Getting beyond unintended consequences. *Public Management Review*, 16(7), 969–986. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.770058>
- Davies, H. T. O., Nutley, S. M., & Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9(2), 111–119. <https://doi.org/10.1136/qhc.9.2.111>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I Série, N.º38 (2008). Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Denison, D. R. (1996). What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars. *Academy of Management Review*, 21(3), 619–654. <https://doi.org/10.5465/AMR.1996.9702100310>
- Denison, D. R. (1997). *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*. Ann Arbor: Aviat.
- Denison, D. R., Janovics, J., Young, J., & Cho, H. J. (2006). *Diagnosing Organizational Cultures : Validating a Model and Method*. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/228801211%0ADiagnosing>
- Denison, D. R., & Mishra, A. K. (1995). Torward a Theory of Organizational Culture and Effectiveness. *Organization Science*, 6(2), 204–223. <https://doi.org/10.1287/orsc.6.2.204>
- Denison, D. R., Nieminen, L., & Kotrba, L. (2014). Diagnosing organizational cultures: A conceptual and empirical review of culture effectiveness surveys. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(1), 145–161. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.713173>
- Denison, D. R., & Spreitzer, G. M. (1991). Organizational Culture and Organizational Development: A Competing Values Approach. *Research in Organizational Change and Development*, 5, 1–21.
- Dixon-Woods, M., Baker, R., Charles, K., Dawson, J., Jerzembek, G., Martin, G., ... West, M. (2014). Culture and behaviour in the English National Health Service : overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual Saf*, 23, 106–115. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001947>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed. *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Ehrhart, M. G., Schneider, B., & Macey, W. H. (2014). *Organizational Climate and Culture: An Introduction to Theory, Research, and Practice*. New York: Routledge.
- Freeman, R. E., & Evan, W. M. (1990). Corporate Governance : A Stakeholder Interpretation. *The Journal of Behavioral Economics*, 19(4), 337–359.
- Galdikiene, N., Asikainen, P., Rostila, I., Green, P., Balčiūnas, S., Helminen, M., & Suominen, T. (2019). The association of primary healthcare nurses' perceived stress with organizational culture and climate in a team context. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(3), 1092–1101.

<https://doi.org/10.15452/cejnm.2019.10.0019>

- Giorgi, S., Lockwood, C., & Glynn, M. A. (2015). The Many Faces of Culture: Making Sense of 30 Years of Research on Culture in Organization Studies. *Academy of Management Annals*, 9(1), 1–54. <https://doi.org/10.1080/19416520.2015.1007645>
- Goff, S. L., Mazor, K. M., Priya, A., Pekow, P. S., & Lindenauer, P. K. (2019). Characteristics of High-Performing Primary Care Pediatric Practices: A Qualitative Study. *Academic Pediatrics*. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.04.005>
- Gover, L., Halinski, M., & Duxbury, L. (2015). Is it Just Me? Exploring Perceptions of Organizational Culture Change. *British Journal of Management*, 27(3), 567–582. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12117>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7.^a ed.). Harlow: Pearson Education.
- Hann, M., Bower, P., Campbell, S., Marshall, M., & Reeves, D. (2007). The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Family Practice*, 24(4), 323–329. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmm020>
- Hartnell, C. A., Kinicki, A. J., Lambert, L. S., Fugate, M., & Corner, P. D. (2016). Do Similarities or Differences Between CEO Leadership and Organizational Culture Have a More Positive Effect on Firm Performance? A Test of Competing Predictions. *Journal of Applied Psychology*, 101(6), 846–861. <https://doi.org/10.1037/apl0000083>
- Hartnell, C. A., Ou, A. Y., Kinicki, A. J., Choi, D., & Karam, E. P. (2019). A meta-analytic test of organizational culture's association with elements of an organization's system and its relative predictive validity on organizational outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 104(6), 832–850. <https://doi.org/10.1037/apl0000380>
- Jacobs, R., Mannion, R., Davies, H. T. O., Harrison, S., Konteh, F., & Walshe, K. (2013). The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Social Science and Medicine*, 76(1), 115–125. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.014>
- Jonhson, R. A., & Wichern, D. W. (2007). *Applied Multivariate Statistical Analysis* (6.^a ed.). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Kaiser, H. F. (1974). An Index of Factorial Simplicity. *Psychometrika*, 1(39), 36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Kotrba, L. M., Gillespie, M. A., Schmidt, A. M., Smerek, R. E., Ritchie, S. A., & Denison, D. R. (2012). Do consistent corporate cultures have better business performance? Exploring the interaction effects. *Human Relations*, 65(2), 241–262. <https://doi.org/10.1177/0018726711426352>
- Kotter, J. P., & Heskett, J. L. (1992). *Corporate Culture and Performance*. New York: The Free Press.
- Leggat, S. G., Karimi, L., & Bartram, T. (2017). A path analysis study of factors influencing hospital staff perceptions of quality of care factors associated with patient satisfaction and patient experience. *BMC Health Services Research*, 17(739), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2718-x>
- Leone, C., Dussault, G., & Lapão, L. V. (2014). Reforma na atenção primária à saúde e implicações na

- cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal Primary health care reform and implications for the organizational culture of Health Center Groups in Portugal. *Caderno Saúde Pública*, 30(1), 149–160. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00135112>
- Lewis, J. M. (2015). The politics and consequences of performance measurement. *Policy and Society*, 34(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2015.03.001>
- Lewis, J. M. (2016). The Paradox of Health Care Performance Measurement and Management. Em E. Ferlie, K. Montgomery, & A. R. Pedersen (Eds.), *The Oxford Handbook of Health Care Management* (pp. 1–21). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198705109.013.18>
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5–55.
- Lok, P., Rhodes, J., & Westwood, B. (2011). The mediating role of organizational subcultures in health care organizations. *Journal of Health Organization and Management*, 25(5), 506–525. <https://doi.org/10.1108/14777261111161860>
- Lousã, E. P. (2013). *Liderança empreendedora e cultura de inovação em organizações de base tecnológica e análise comparativa entre setores de atividade*. Universidade de Coimbra. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/23365>
- Lousã, E. P., & Gomes, A. D. (2016). Avaliação da cultura organizacional: adaptação e validação da versão portuguesa do Denison Organizational Culture Survey. *Psychologica*, 59(2), 101–121. https://doi.org/10.14195/1647-8606_59_2_6
- Lowe, T. (2013). New development : The paradox of outcomes — the more we measure , the less we understand. *Public Money & Management*, 33(3), 213–216. <https://doi.org/10.1080/09540962.2013.785707>
- Loyd, A. (2001). Role of the Chief Executive in Clinical Governance: Some Practical Guidelines. Em M. Lugon & J. Secker-Walker (Eds.), *Advancing Clinical Governance* (pp. 39–55). London: Royal Society of Medicine Press.
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture: Mapping the Terrain*. Thousand Oaks: Sage.
- Martinez, E. A., Beaulieu, N., Gibbons, R., Pronovost, P., & Wang, T. (2015). Organizational Culture and Performance. *American Economic Review*, 105(5), 331–335. <https://doi.org/10.1257/aer.p20151001>
- Ministério da Saúde. (sem data). Organograma do ACES Alentejo Central. Obtido 1 de Maio de 2020, de https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/Documents/Organograma-ACES_AlentejoCentral.jpgOrganogramaARSA.pdf
- Ministério da Saúde. (2020a). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Obtido 1 de Maio de 2020, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/40007/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2020b). IDG UF Visão Indicadores. Obtido 8 de Outubro de 2020, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Mukaka, M. M. (2012). Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical

- research. *Malawi Medical Journal*, 24(3), 69–71.
- Neves, J. G. das. (2000). *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Editora RH.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Ostroff, C., Kinicki, A. J., & Muhammad, R. S. (2012). Organizational Culture and Climate. Em I. B. Weiner, N. W. Schmitt, & S. Highhouse (Eds.), *Handbook of Psychology: Industrial and Organizational Psychology* (2.^a ed., Vol. 12, pp. 643–676). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Oyemomi, O., Liu, S., Neaga, I., Chen, H., & Nakpodia, F. (2019). How cultural impact on knowledge sharing contributes to organizational performance: Using the fsQCA approach. *Journal of Business Research*, 94, 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.02.027>
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1990). Guidelines for Conducting Service Quality Research. *Marketing Research*, 2(4), 34–44.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50. <https://doi.org/10.1177/002224298504900403>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Pereira, Á., Nunes, C., Botelho, H., Biscaia, J. L., Barbosa, M., Oliveira, M., & Barbosa, P. (2018). *Avaliação custos-consequências comparativa das USF B e UCSP 2015: Unidades Funcionais dos CSP como Centros de Resultados*. Obtido de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/02/CNCSP-Avaliação_USF-1.pdf
- Pilav, A., & Jatić, Z. (2017). The impact of organizational culture on patient satisfaction. *Journal of Health Sciences*, 7(1), 9–14. <https://doi.org/10.17532/jhsci.2017.411>
- Pinho, C., Rodrigues, A. P., & Dibb, S. (2014). The role of corporate culture , market orientation and organisational commitment in organisational performance: The case of non-profit organisations. *Journal of Management Development*, 33(4), 374–398. <https://doi.org/10.1108/JMD-03-2013-0036>
- Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, do Ministério das Finanças e do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República, 1.^a série, N.º 138, 3840 (2017). Obtido de <https://data.dre.pt/eli/port/212/2017/07/19/p/dre/pt/html>
- Puppatz, M. (2017). *Assessing Organizational Culture and Investigating its Link to Organizational Effectiveness*. Leuphana Universität Lüneburg. Obtido de https://pub-data.leuphana.de/frontdoor/deliver/index/docId/804/file/Dissertation_Martin_Puppatz_finale_Version.pdf
- Puppatz, M., Burmeister, A., & Deller, J. (2017). The assessment of organizational culture in cross-cultural settings: Investigating the psychometric quality and cultural equivalence of three quantitative instruments. *International Journal of Selection and Assessment*, 25(1), 43–60. <https://doi.org/10.1111/ijsa.12159>

- Quinn, R. E., & Rohrbaugh, J. (1981). A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness. *Public Productivity Review*, 5(2), 122–140. <https://doi.org/10.2307/3380029>
- Quinn, R. E., & Rohrbaugh, J. (1983). A Spatial Model of Effectiveness Criteria : Towards a Competing Values Approach to Organizational. *Management Science*, 29(3), 363–377. <https://doi.org/10.1287/mnsc.29.3.363>
- Regulamento (UE) 2016/679 de 27 de Abril, do Parlamento Europeu e do Conselho, Pub. L. No. Jornal Oficial da União Europeia, L 119 (2016).
- Revilla-Macías, D. A., Santana-Mon-dragón, R., & Rentería-López, M. (2015). La influencia de la cultura organizacional en el desempeño hospitalario The influence of organizational culture on hospital performance. *Rev Sanid Milit Mex*, 69(5), 429–439.
- Robbins, S. P. (2009). *Comportamento organizacional* (11.^a ed.). São Paulo: Pearson Education do Brasil.
- Rocha, F. L. R., Gaioli, C. C. L. de O., Camelo, S. H. H., Mininel, V. A., & Vegro, T. C. (2016). Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. *Rev Bras Enferm*, 69(5), 817–824. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690501>
- Rocha, F. L. R., Marziale, M. H. P., Carvalho, M. C. de, Id, S. de F. C., & Campos, M. C. T. de. (2014). A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 308–314. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200016>
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students* (5.^a ed.). Harlow: Prentice Hall.
- Scheffelaar, A., Hendriks, M., Bos, N., Luijkx, K., & Van Dulmen, S. (2019). Determinants of the quality of care relationships in long-term care - A participatory study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4195-x>
- Schein, E. H. (2004). *Organizational Culture and Leadership* (3.^a ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational Culture and Leadership* (4.^a ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Schneider, B., González-Romá, V., Ostroff, C., & West, M. A. (2017). Organizational climate and culture: Reflections on the history of the constructs in the Journal of Applied Psychology. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 468–482. <https://doi.org/10.1037/apl0000090>
- Sheskin, D. J. (2004). *Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures* (3.^a ed.). Boca Raton: Chapman & Hall/CRC. <https://doi.org/10.1201/9781420036268.ch0>
- Siverbo, S., Cäker, M., & Åkesson, J. (2019). Conceptualizing dysfunctional consequences of performance measurement in the public sector. *Public Management Review*, 21(12), 1801–1823. <https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1577906>
- Smith, P. (1995). On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of Public Administration*, 18(2–3), 277–310. <https://doi.org/10.1080/01900699508525011>
- Sweeney, K., & Bradley, N. (2001). Clinical Governance in Primary Care. Developing a Strategy for

- Primary Care Groups. Em M. Lugon & J. Secker-Walker (Eds.), *Advancing Clinical Governance* (pp. 125–135). London: Royal Society of Medicine Press.
- Tan, B. S. (2019). In search of the link between organizational culture and performance: A review from the conclusion validity perspective. *Leadership and Organization Development Journal*, 40(3), 356–368. <https://doi.org/10.1108/LODJ-06-2018-0238>
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. Thousand Oaks: Sage.
- Thiel, S. Van, & Leeuw, F. L. (2002). The Performance Paradox in the Public Sector. *Public Performance & Management Review*, 25(3), 267–281. <https://doi.org/10.1080/15309576.2002.11643661>
- Thrustfield, M. (2005). *Veterinary Epidemiology* (2.^a ed.). Oxford: Blackwell Science.
- Vainieri, M., Ferré, F., Giacomelli, G., & Nuti, S. (2019). Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference. *Health Care Management Review*, 44(4), 306–317. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000164>
- Van Maanen, J., & Barley, S. (1983). *Cultural Organization: Fragments of a Theory*. Arlington. Obtido de <https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a141412.pdf>
- Warrick, D. D. (2017). What leaders need to know about organizational culture. *Business Horizons*, 60(3), 395–404. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2017.01.011>
- Warrick, D. D., Milliman, J. F., & Ferguson, J. M. (2016). Building high performance cultures. *Organizational Dynamics*, 45(1), 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2015.12.008>
- Weber, K., & Dacin, M. T. (2011). The cultural construction of organizational Life: Introduction to the special issue. *Organization Science*, 22(2), 287–298. <https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0632>
- West, M. A., Topakas, A., & Dawson, J. F. (2014). Climate and Culture for Health Care Performance. Em B. Schneider & karen M. Barbera (Eds.), *The Oxford Handbook of Organiztional Climate and Culture* (pp. 335–359). Oxford: Oxford University Press.
- Wranik, W. D., Price, S., Haydt, S. M., Edwards, J., Hatfield, K., Weir, J., & Doria, N. (2019). Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*, 123(6), 550–563. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.015>
- Zerella, S., von Treuer, K., & Albrecht, S. L. (2017). The influence of office layout features on employee perception of organizational culture. *Journal of Environmental Psychology*, 54, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2017.08.004>
- Zhou, P., Bundorf, K., Chang, J. Le, Huang, J. X., & Xue, D. (2011). Organizational Culture and Its Relationship With Hospital Performance in Public Hospitals in China. *Health Services Research*, 46(6, Part 2), 2139–2160. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01336.x>

ANEXOS

Anexo I: Matriz Multidimensional do Índice de Desempenho Sectorial da Área de Desempenho Assistencial no Ano de 2019

Tabela 23: Matriz Multidimensional do Índice de Desempenho Sectorial da Área de Desempenho Assistencial no Ano de 2019.

Subárea	Dimensão	Ponderação	Operacionalizado
Acesso		20	
	Cobertura ou Utilização	10	Sim
	Personalização	10	Sim
	Atendimento Telefónico	10	Não
	Tempos Máximos de Resposta Garantidos	40	Sim
	Consulta no Próprio Dia	10	Sim
	Trajetos do Utente na Unidade Funcional	10	Não
	Distribuição das Consultas Presenciais no Dia	10	Sim
Gestão da Saúde		20	
	Saúde Infantil e Juvenil	25	Sim
	Saúde da Mulher	25	Sim
	Saúde do Adulto	25	Sim
	Saúde do Idoso	25	Sim
Gestão da Doença		20	
	Diabetes Mellitus	25	Sim
	Hipertensão Arterial	25	Sim
	Doenças Aparelho Respiratório	25	Sim
	Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças	25	Sim
Qualificação da Prescrição		20	
	Prescrição Farmacoterapêutica	50	Sim
	Prescrição MCDT	30	Sim
	Prescrição de Cuidados	20	Não
Satisfação de Utentes		20	
	Satisfação de Utentes	100	Sim

Fonte: (Administração Central do Sistema de Saúde, 2019, pp. 12–13)

**Anexo II: Indicadores com impacto na avaliação do Índice de Desempenho Sectorial Área do
Desempenho Assistencial no Ano de 2019**

Tabela 24: Indicadores com impacto na avaliação do Índice de Desempenho Sectorial Área do Desempenho Assistencial no Ano de 2019.

Indicador	Subárea Dimensão
Índice de utilização anual de consultas médicas	Acesso Cobertura ou Utilização
Índice de utilização anual de consultas enfermagem	Acesso Cobertura ou Utilização
Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	Acesso Cobertura ou Utilização
Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	Acesso Cobertura ou Utilização
Proporção de consultas realizadas pelo Médico de Família	Acesso Personalização
Proporção de consultas realizadas pelo Enfermeiro de Família	Acesso Personalização
Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
Proporção consul. méd. inic. ut. <= 15 dias úteis	Acesso Tempos Máximos de Resposta Garantidos
Propor. consultas médicas realiz. no dia do agendamento	Acesso Consulta no Próprio Dia
Propor. consul. enfer. realiz. no dia do agendamento	Acesso Consulta no Próprio Dia
Taxa anual ajustada episódios urgência hospitalar	Acesso Consulta no Próprio Dia
Taxa ajustada utiliz. freq. urgência hospitalar	Acesso Consulta no Próprio Dia
Propor. consul. realiz. intervalo [8; 11[h (Q1)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
Propor. consul. realiz. intervalo [11; 14[h (Q2)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
Propor. consul. realiz. intervalo [14; 17[(Q3)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
Propor. consul. realiz. intervalo [17; 20]h (Q4)	Acesso Distribuição das Consultas Presenciais no Dia
Proporção RN c/ cons. méd. vigil. até 28 dias vida	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
Proporção crianças 2A, c/ PNV cumprido ou em execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
Proporção crianças 7A, c/ PNV cumprido ou em execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
Proporção jovens 14A, c/ PNV cumprido ou em execução	Gestão da Saúde Saúde Infantil e Juvenil
Proporção gráv. c/ consulta méd. vigil. 1º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
Proporção grávidas com ecografia 1º trimestre	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
Propor. puérp. 5+ cons. vig. enf. grav. e c/ Revisão do Puerpério	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
Prop. mulheres [25;60[A, c/ rastreio Cancro Colo Útero	Gestão da Saúde Saúde da Mulher
Proporção utentes >= 25 A, c/ vacina tétano	Gestão da Saúde Saúde do Adulto

Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio Cancro Colón e Recto	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
Proporção utentes com avaliação risco DM2 (3A)	Gestão da Saúde Saúde do Adulto
Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
Prop. idosos s/ presc. prol. ansiolíticos/sedativos/hipnóticos	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
Proporção idosos ou doença crónica, c/ vacina gripe	Gestão da Saúde Saúde do Idoso
Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
Proporção DM c/ última HgbA1c <= 8,0%	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
Propor. DM2 c/ indic. insul., em terap. adequada	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
Proporção novos DM2 em terap. c/ metformina em monoterapia	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
Custo c/ terapêutica do doente c/ Diabetes Mellitus	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
Custo c/ terapeutica doente c/ Diab. Mell. controlado	Gestão da Doença Diabetes Mellitus
Proporção hipertensos < 65 A, com PA < 150/90	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
Custo c/ terapêut. do doente c/ HTA controlada	Gestão da Doença Hipertensão Arterial
Proporção utentes c/ DPOC, c/ FeV1 em 3 anos	Gestão da Doença Doenças Aparelho Respiratório
Taxa internam. evitáveis popul. Adulta (ajust.)	Gestão da Doença Multimorbilidade e Outros Tipos de Doenças
Despesa PVP medic. pres. compart. p/ inscrito padrão	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
Rácio DDD prescrita DPP-4 e antidiabéticos orais	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
Propor. quinolonas entre antibióticos faturados (emb)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
Propor. Cefalosporinas entre antibióticos faturados (embal.)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
Proporção coxibes entre AINEs faturados (DDD)	Qualificação da Prescrição Prescrição Farmacoterapêutica
Despesa MCDT prescr. p/ insc. padrão (p. conv.)	Qualificação da Prescrição Prescrição MCDT's

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde (2019, pp. 53–54)

Anexo III – Questionário

As questões do questionário serão disponibilizadas mediante requisição

Perceção da Cultura Organizacional das Unidades Funcionais do ACeS AC pelos Colaboradores

Este questionário realiza-se no âmbito da dissertação para o Curso de Mestrado em Gestão – Especialização em Recursos Humanos da Universidade de Évora, pelo Enfermeiro Luís Pedro Gomes (a exercer funções na UCSP de Redondo) sob orientação da Prof.^a Doutora Fátima Jorge e da Prof.^a Doutora Andreia Dionísio, da Universidade de Évora.

O objetivo geral da dissertação é investigar a relação entre a cultura organizacional percecionada pelos colaboradores e o desempenho em termos de Índice de Desempenho Global (IDG) nas unidades prestadoras de cuidados de saúde familiares e personalizados do ACeS Alentejo Central.

Consiste na versão em português, do Denison Organizational Culture Survey (DOCS), validada por Lousã e Gomes (2016), ao qual foram acrescentadas duas questões para caracterização sociodemográfica, num total de 50 questões. O tempo médio de resposta é de aproximadamente 10 minutos.

Pretende-se conhecer qual a sua perceção sobre a cultura organizacional da sua unidade.

Pela importância e pertinência da sua opinião, solicito que responda a este questionário com a salvaguarda de que as suas respostas são absolutamente confidenciais, os dados obtidos serão anonimizados de forma irreversível e destruídos ao fim de dois anos. A qualquer momento pode desistir, sendo que nesse caso os dados serão destruídos de imediato.

Grato pela sua colaboração, aguardo a sua resposta.

Cordialmente,

Luís Pedro Gomes: m41721@alunos.uevora.pt

Prof.^a Doutora Fátima Jorge: mfj@uevora.pt

Prof.^a Doutora Andreia Dionísio: andreia@uevora.pt

Contactos para esclarecimentos adicionais:

Encarregado de Proteção de Dados da ARSA: epd@arsalentejo.min-saude.pt Encarregado de

Proteção de Dados da Universidade de Évora: epd@uevora.pt

Contacto para reclamações:

Comissão Nacional de Proteção de Dados: geral@cnpd.pt

Existem 51 perguntas neste inquérito

Consentimento

1: - [CI] Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo? *

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ Sim
- ☐ Não

Envolvimento

O Envolvimento refere-se ao comprometimento dos colaboradores para com a organização, reflete um foco nas dinâmicas internas da organização e na flexibilidade.

Relativamente às seguintes afirmações expresse o seu grau de concordância relativamente ao que ocorre na sua unidade, numa escala de 1 – discordo completamente a 5 – Concordo completamente.

2: - [EMP1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

3: - [EMP2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

4: - [EMP3] [REDACTED]

*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

5: - [EMP4] [REDACTED]
[REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

6: - [TO1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

7: - [TO2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

8: - [TO3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

9: - [T04] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

10: - [CD1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

11: - [CD2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

12: - [CD3]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

13: - [CD4]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Consistência

A Consistência refere-se aos valores partilhados, aos sistemas e processos eficientes, reflete um foco nas dinâmicas internas da organização e na estabilidade.

Relativamente às seguintes afirmações expresse o seu grau de concordância relativamente ao que ocorre na sua unidade, numa escala de 1 – discordo completamente a 5 – Concordo completamente.

14: - [CV1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

15: - [CV2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

16: - [CV3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

17: - [CV4] [REDACTED]
[REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

18: - [AGR1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

19: - [AGR2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

[REDACTED]

20: - [AGR3] [REDACTED]. *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

21: - [AGR4] [REDACTED]
[REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

22: - [CI1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

23: - [CI2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

24 [CI3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

25 [CI4] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Adaptabilidade

A Adaptabilidade refere-se à capacidade dos colaboradores de compreenderem as necessidades do cliente, de aprender novas competências e de mudar em resposta à procura, refletindo um foco nas dinâmicas externas à organização e na flexibilidade.

Relativamente às seguintes afirmações expresse o seu grau de concordância relativamente ao que ocorre na sua unidade, numa escala de 1 – discordo completamente a 5 – Concordo completamente.

26: - [CC1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

27: - [REDACTED]
[REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

28: - [CC3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

29: - [CC4] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

30: - [CF1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

31: - [CF2] [REDACTED]

*

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

32: - [CF3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

33: - [CF4] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

34: - [OL1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

35: - [OL2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

36: - [OL3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

37: - [OL4] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

[REDACTED]

[REDACTED]

Missão

A missão refere-se ao propósito e à direção de uma organização, refletindo um foco nas dinâmicas externas à organização e na estabilidade.

Relativamente às seguintes afirmações expresse o seu grau de concordância relativamente ao que ocorre na sua unidade, numa escala de 1 – discordo completamente a 5 – Concordo completamente.

38: - [SDI1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

39: - [SDI2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

40: - [SDI3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

41: - [SDI4] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

42: - [GO1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

43: - [GO2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

44: - [GO3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

45: - [GO4] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

46: - [VIS1] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

47: - [VIS2] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

48: - [VIS3] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

49: - [VIS4] [REDACTED]

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5

Caracterização da Amostra

50: - [PROF] Qual é a sua profissão? *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ Médica(o)
- ☐ Enfermeira(o)
- ☐ Assistente Técnico

51: - [TIPO] Qual o modelo organizacional da sua unidade? *

Responda a esta pergunta apenas se as seguintes condições são verdadeiras:

A resposta for 'Sim' na pergunta '1 [C1]' (Mediante a informação anterior, sinto-me esclarecido/a e aceito participar no estudo?)

Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ UCSP
- ☐ USF modelo A
- ☐ USF modelo B

Muito obrigado pela sua participação.

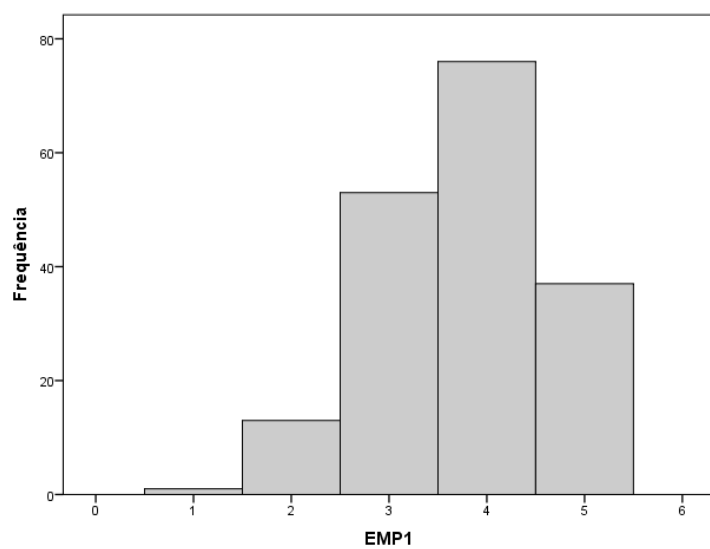
(Se optou por não participar, pode reiniciar o seu preenchimento através do link que lhe foi enviado)

Submeter o seu inquérito

Obrigado por ter concluído este inquérito.

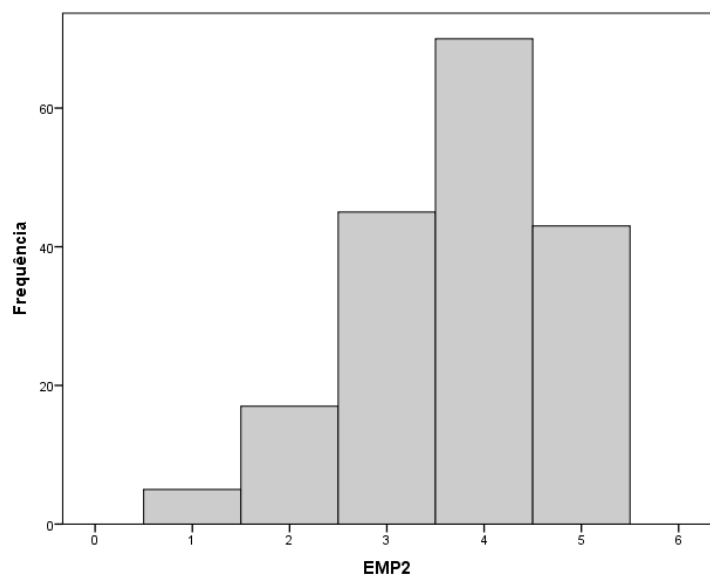
Anexo IV – Histogramas das Respostas às Questões do Inquérito

Gráfico 1: Histograma das Respostas a EMP1



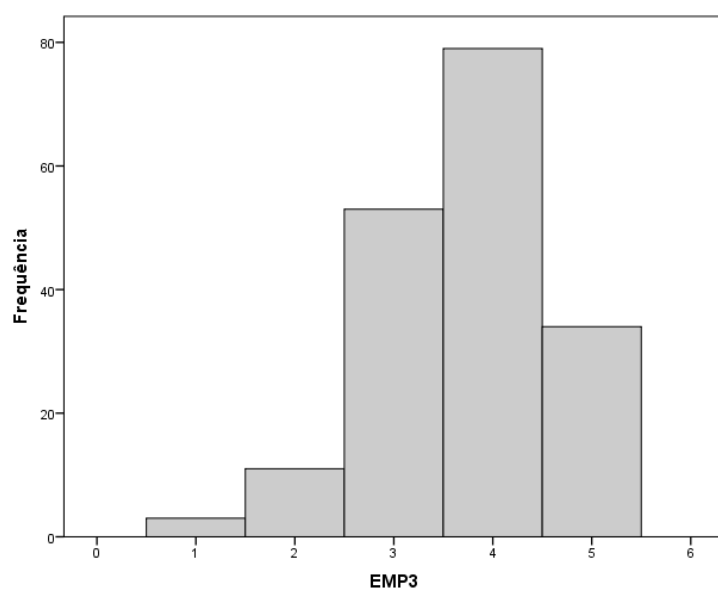
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 2: Histograma das Respostas a EMP2



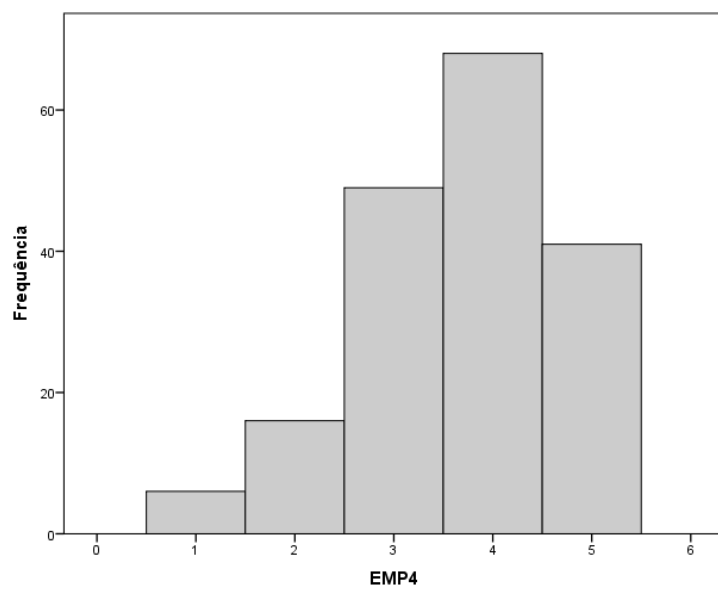
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 3: Histograma das Respostas a EMP4



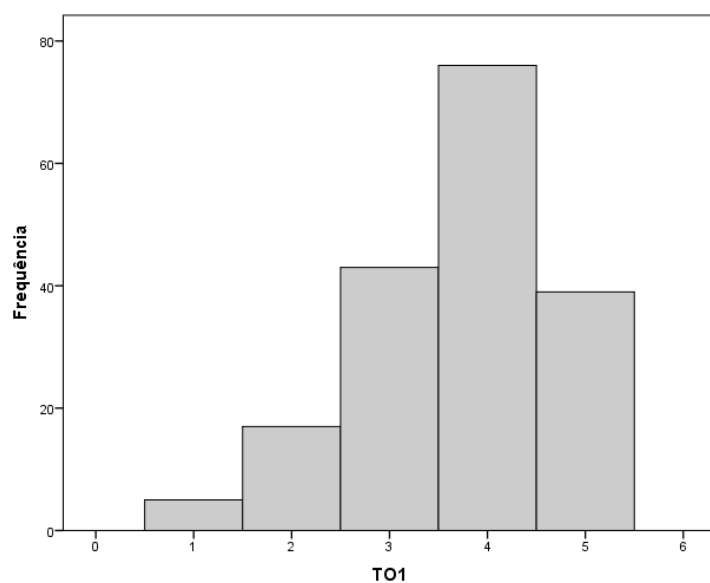
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 4: Histograma das Respostas a EMP4



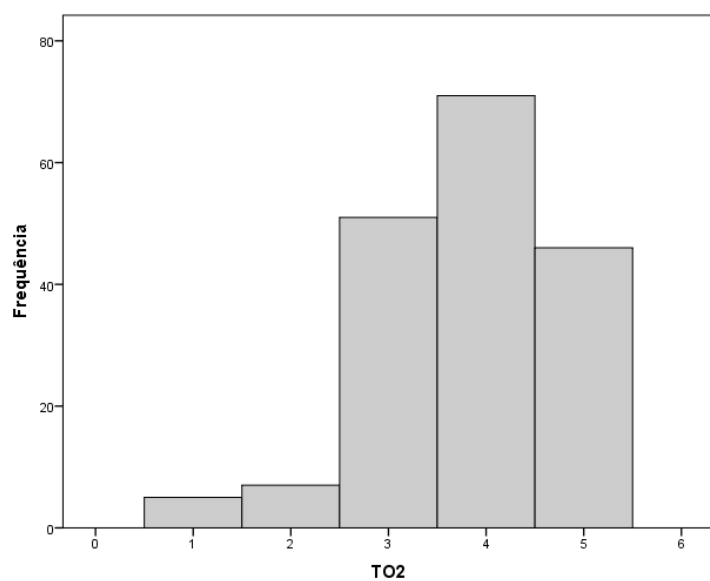
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 5: Histograma das Respostas a TO1



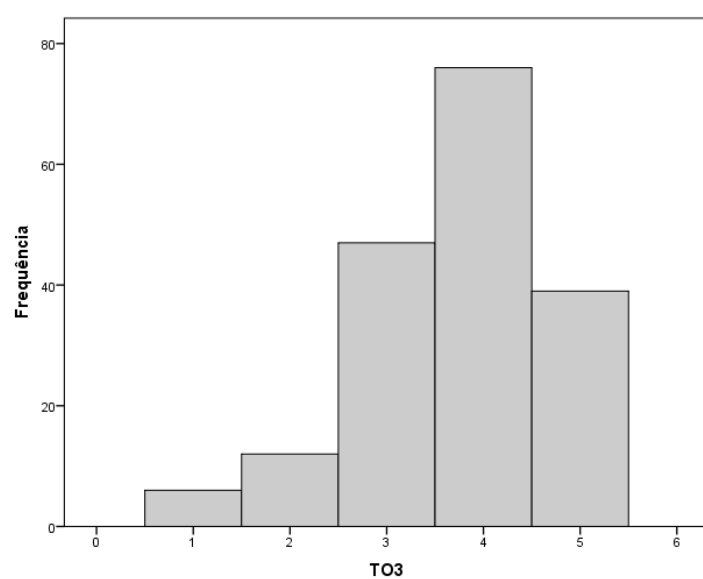
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 6: Histograma das Respostas a TO2



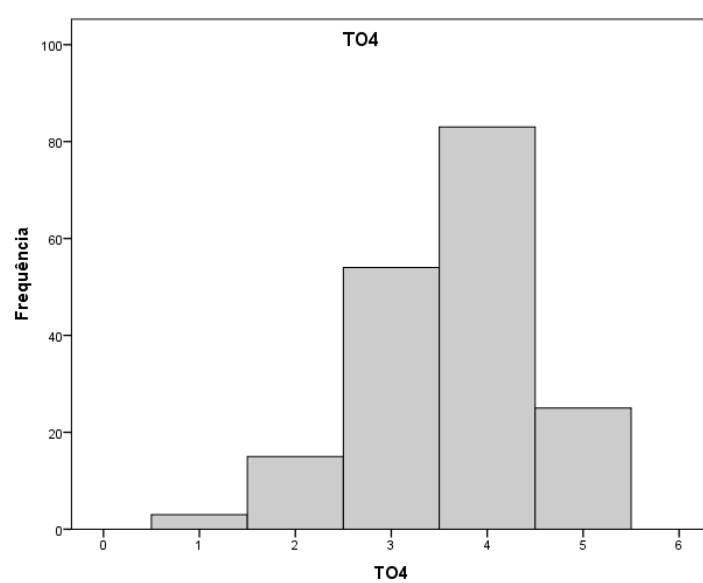
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 7: Histograma das Respostas a TO3



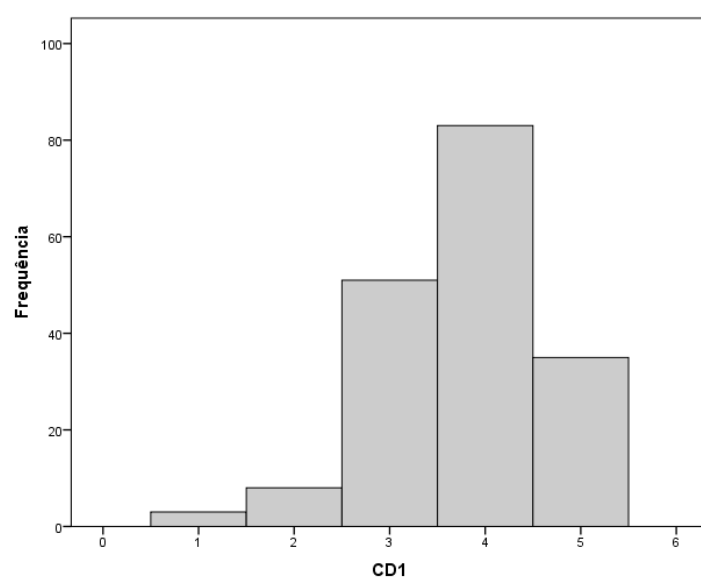
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 8: Histograma das Respostas a TO4



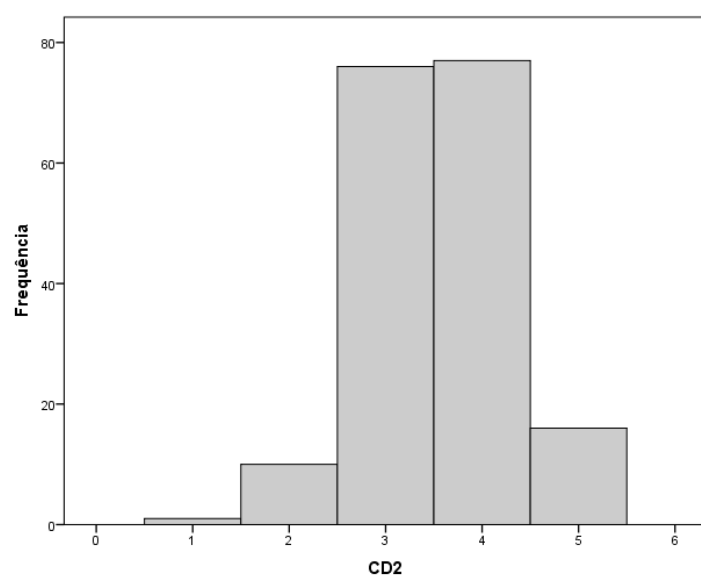
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 9: Histograma das Respostas a CD1



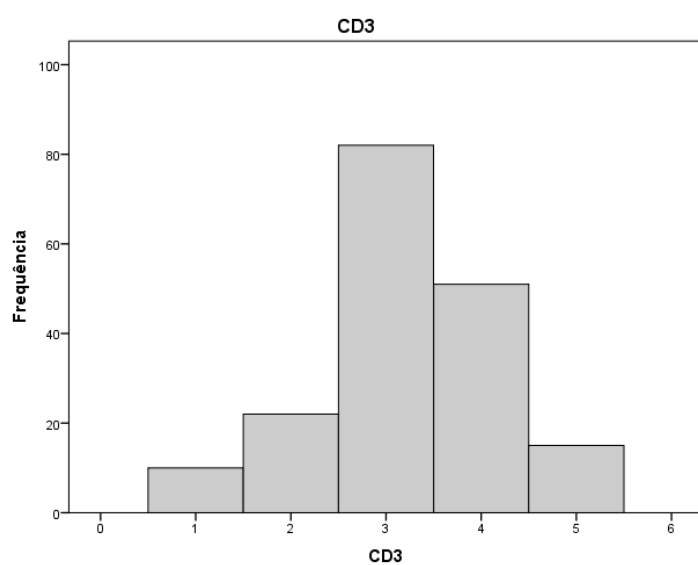
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 10: Histograma das Respostas a CD2



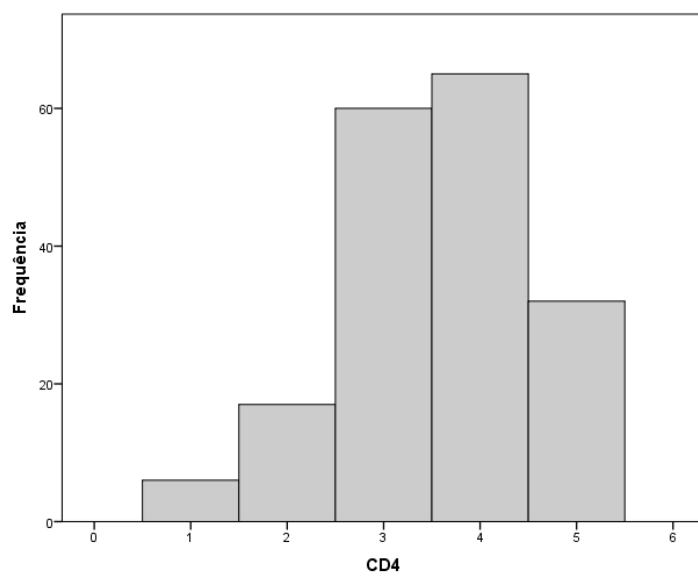
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 11: Histograma das Respostas a CD3



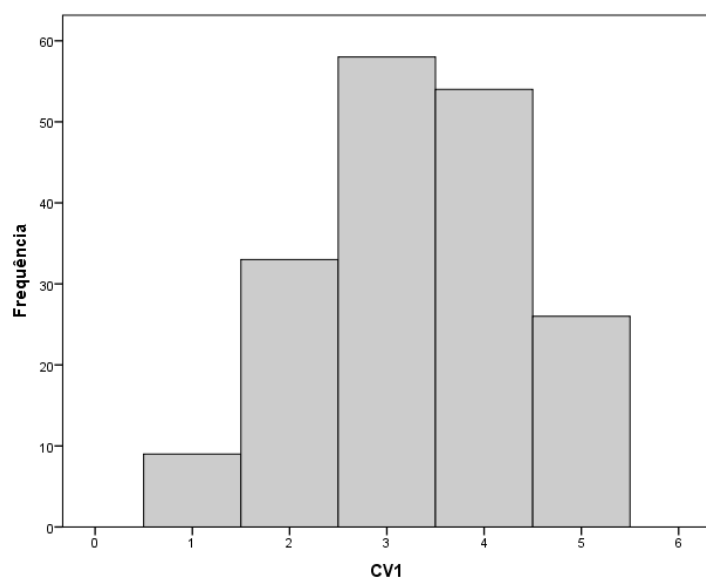
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 12: Histograma das Respostas a CD4



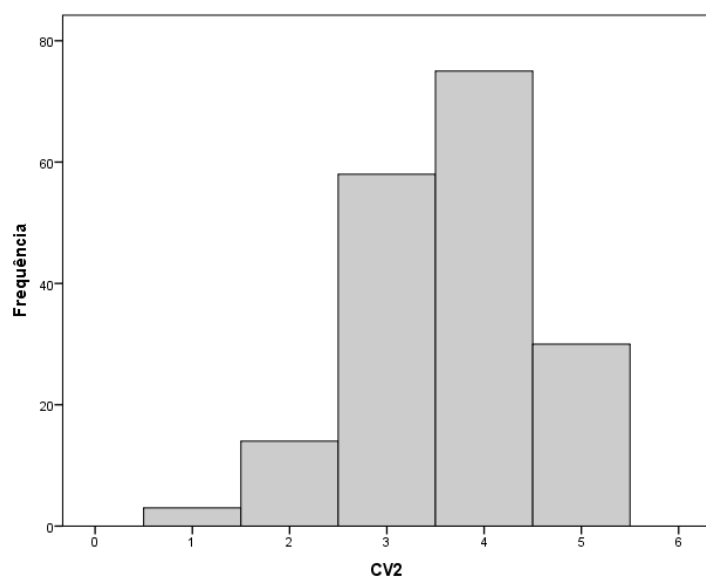
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 13: Histograma das Respostas a CV1



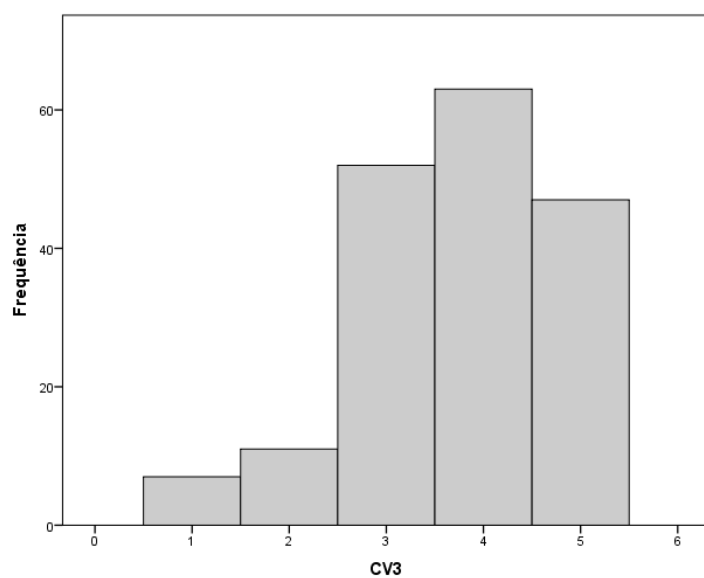
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 14: Histograma das Respostas a CV2



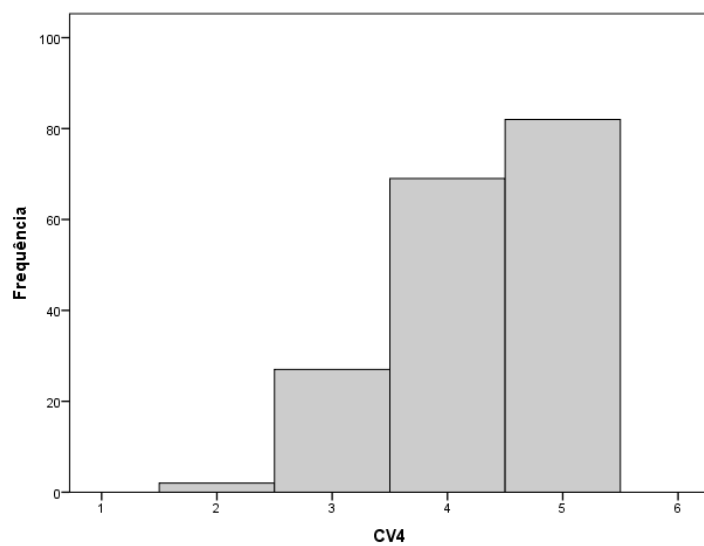
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 15: Histograma das Respostas a CV3



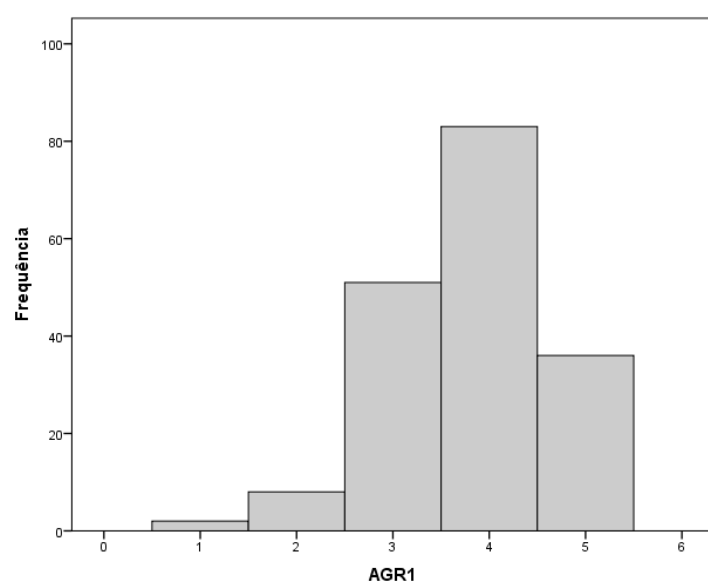
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 16: Histograma das Respostas a CV4



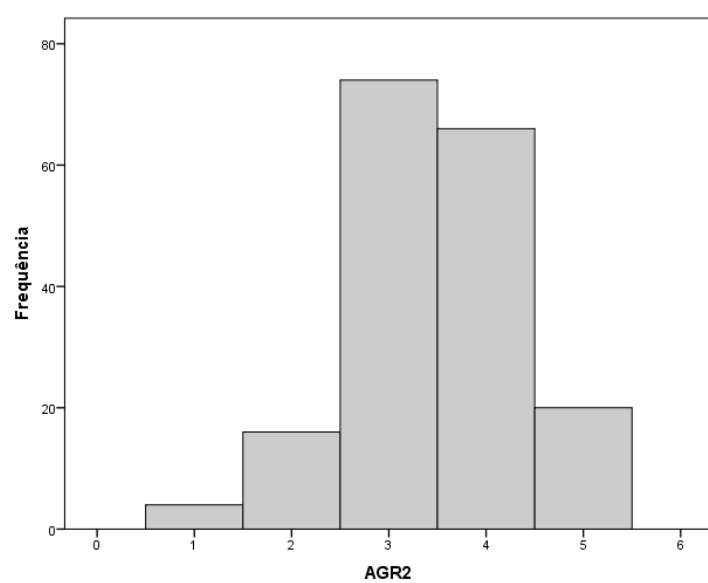
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 17: Histograma das Respostas a AGR1



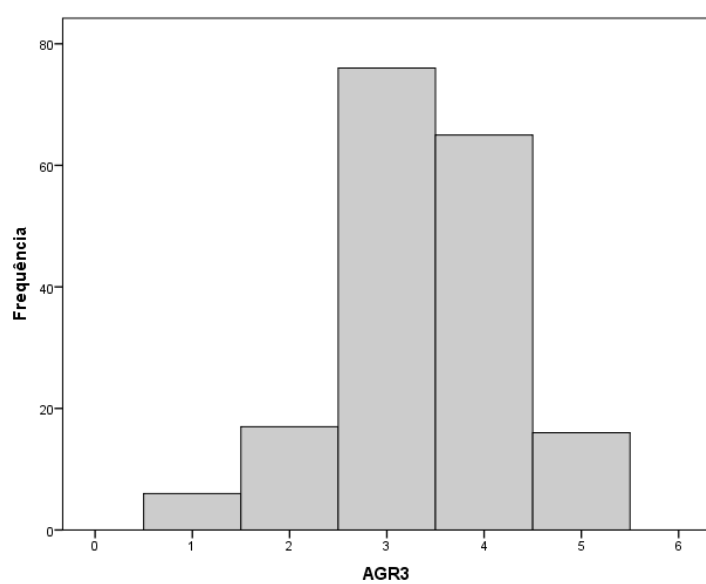
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 18: Histograma das Respostas a AGR2



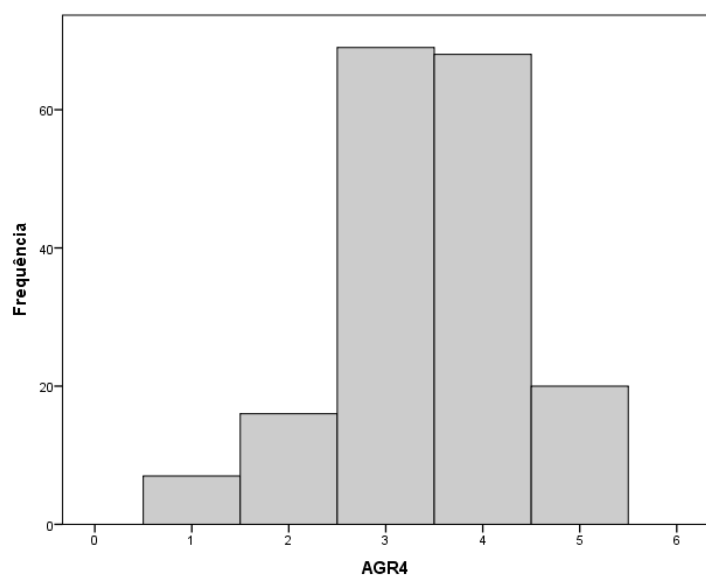
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 19: Histograma das Respostas a AGR3



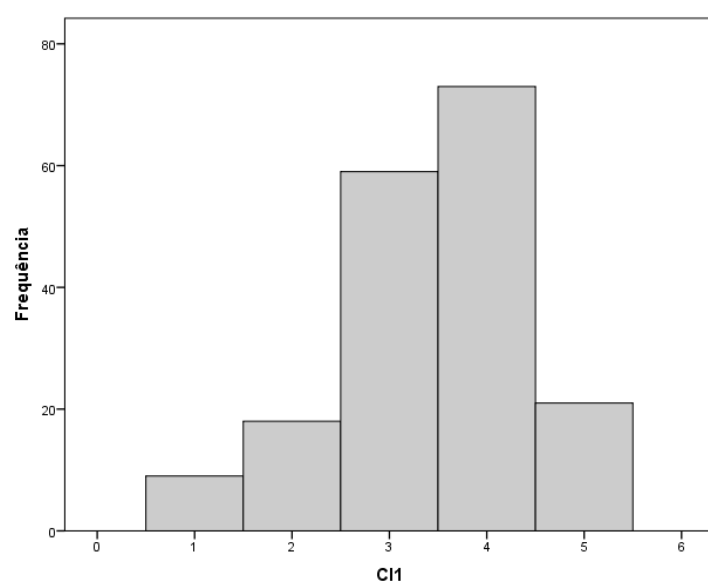
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 20: Histograma das Respostas a AGR4



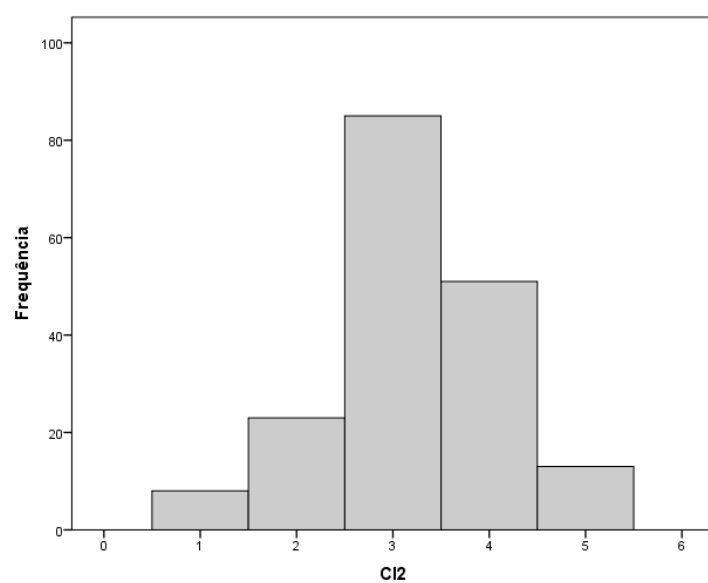
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 21: Histograma das Respostas a CI1



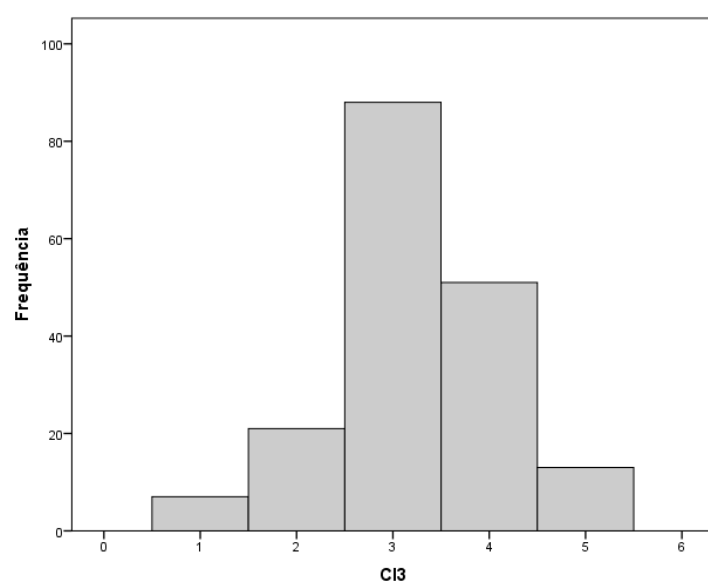
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 22: Histograma das Respostas a CI2



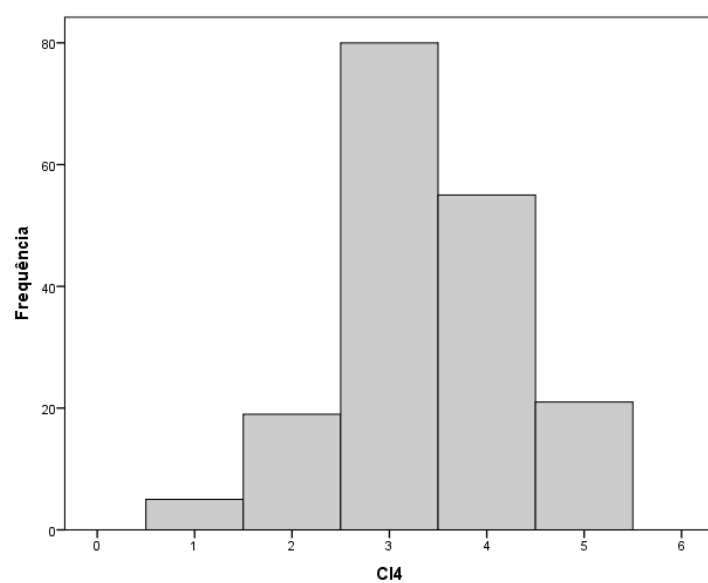
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 23: Histograma das Respostas a CI3



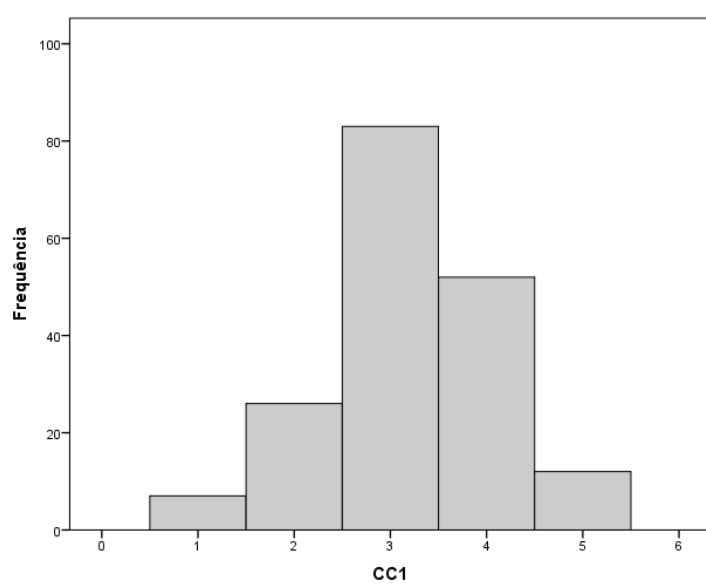
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 24: Histograma das Respostas a CI4



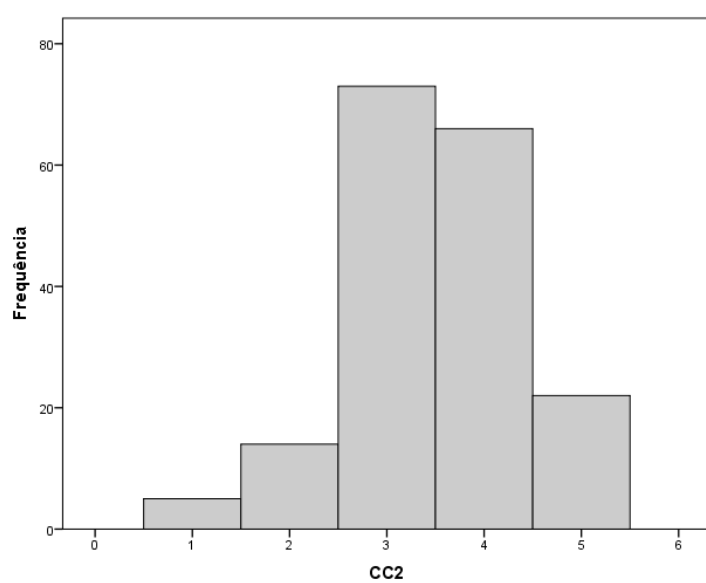
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 25: Histograma das Respostas a CC1



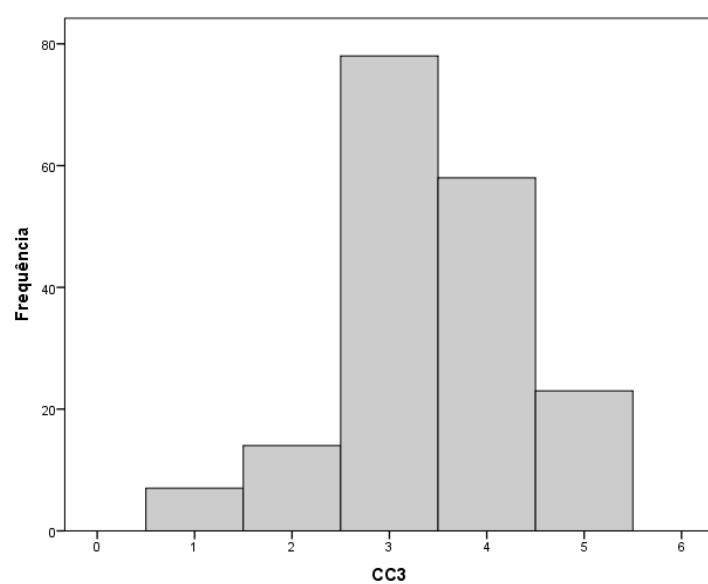
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 26: Histograma das Respostas a CC2



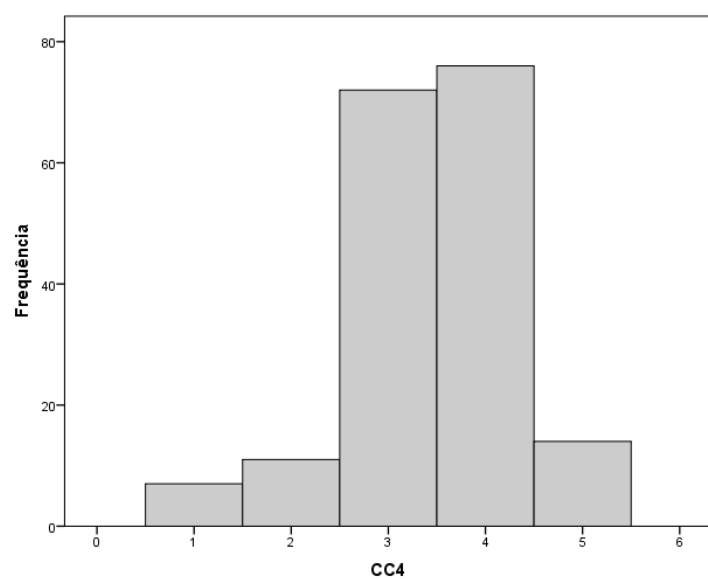
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 27: Histograma das Respostas a CC3



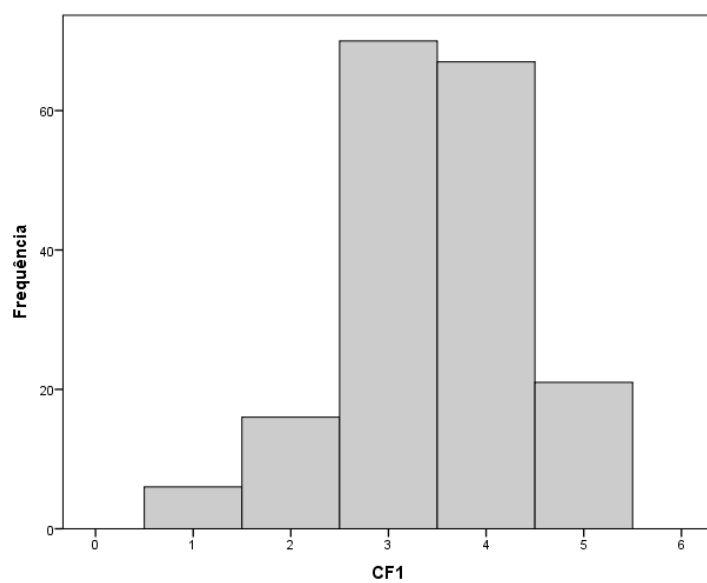
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 28: Histograma das Respostas a CC4



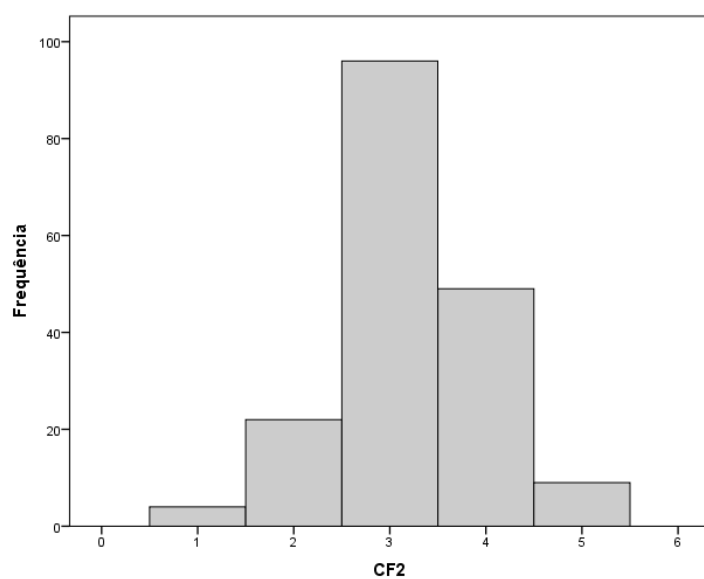
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 29: Histograma das Respostas a CF1



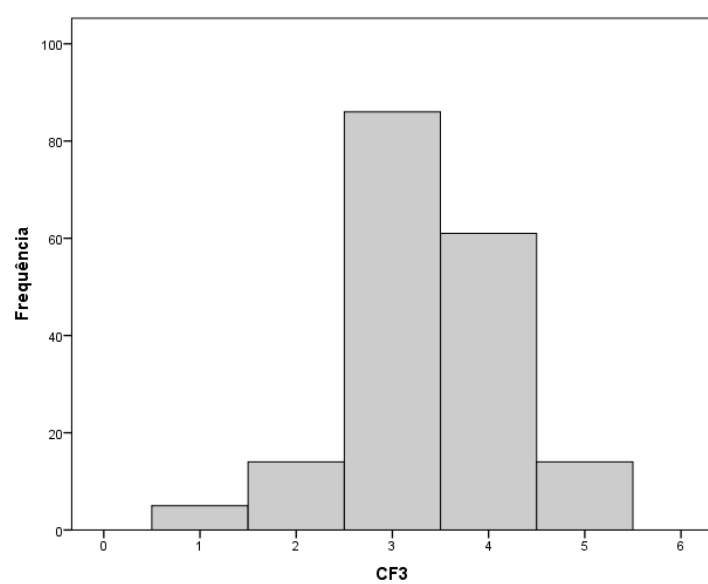
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 30: Histograma das Respostas a CF2



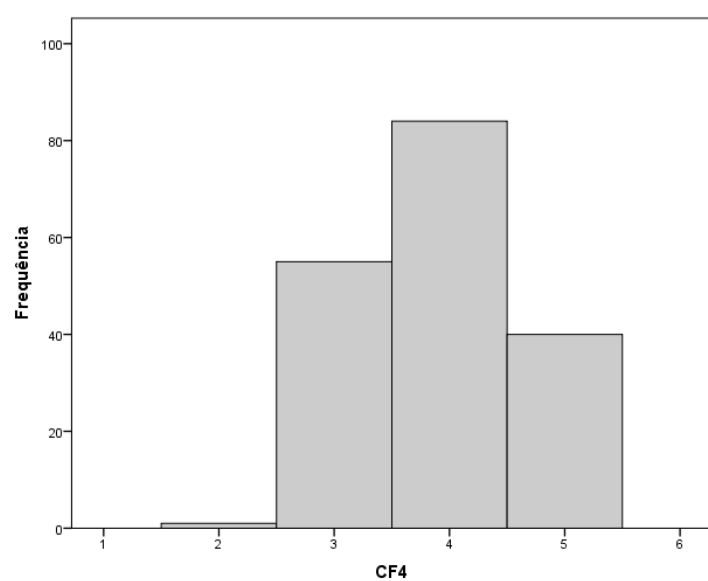
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 31: Histograma das Respostas a CF3



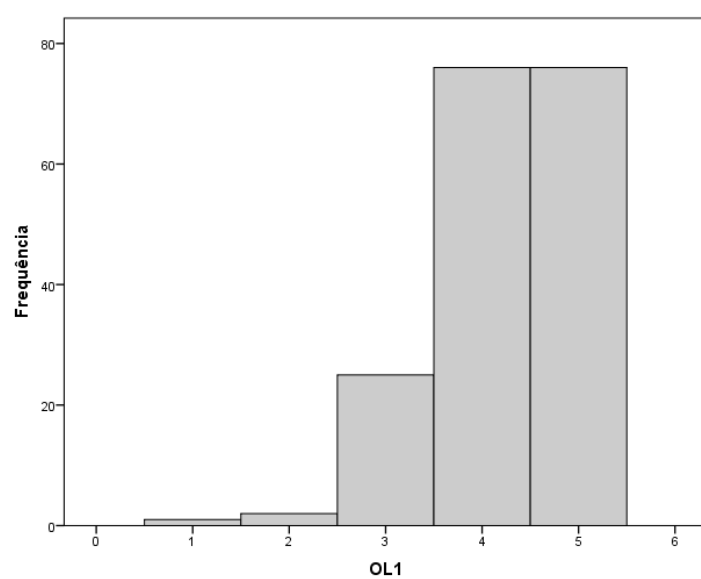
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 32: Histograma das Respostas a CF4



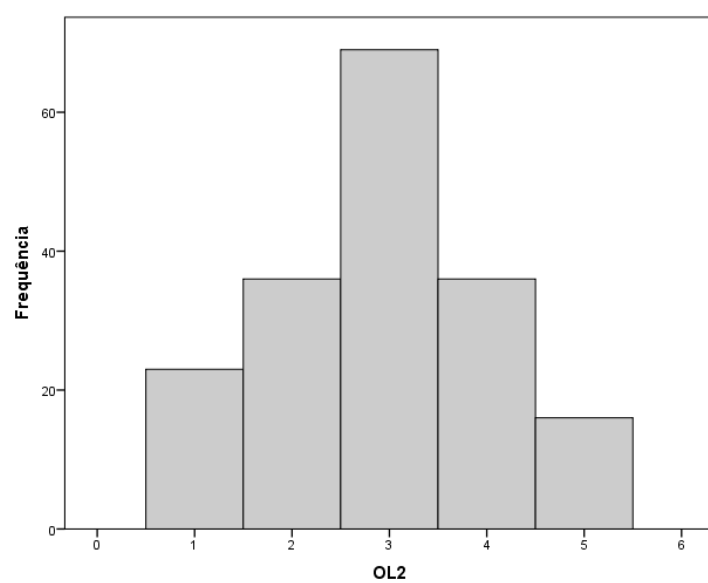
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 33: Histograma das Respostas a OL1



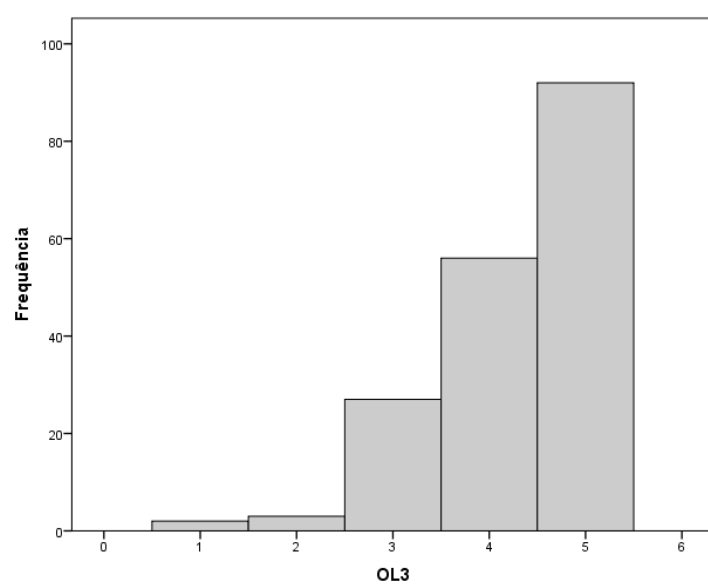
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 34: Histograma das Respostas a OL2



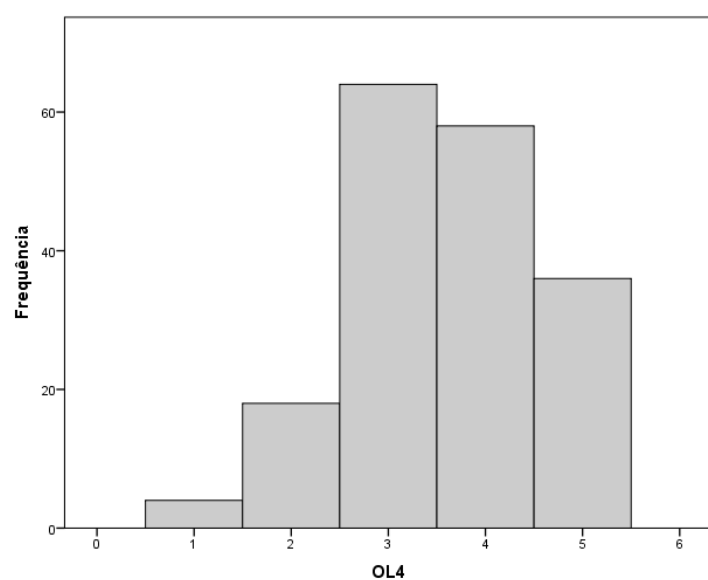
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 35: Histograma das Respostas a OL3



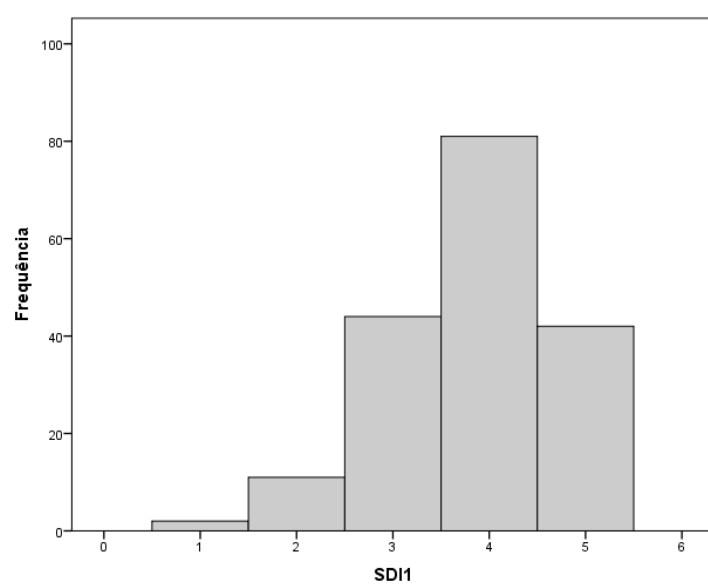
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 36: Histograma das Respostas a OL4



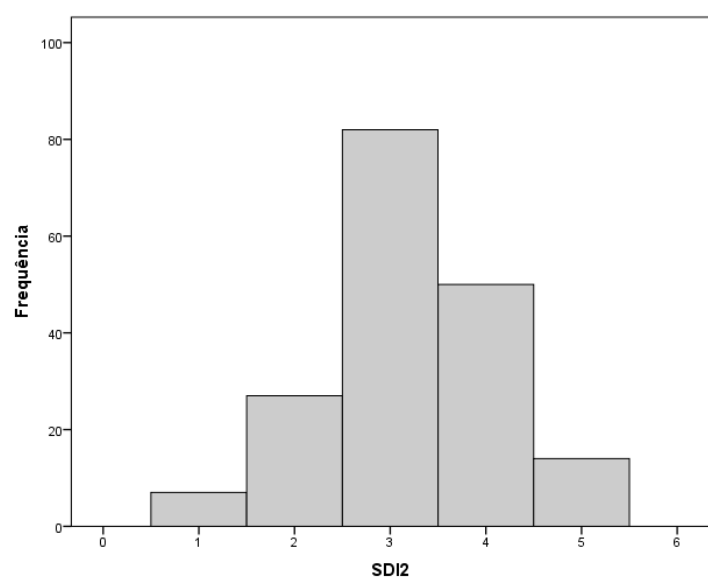
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 37: Histograma das Respostas a SDI1



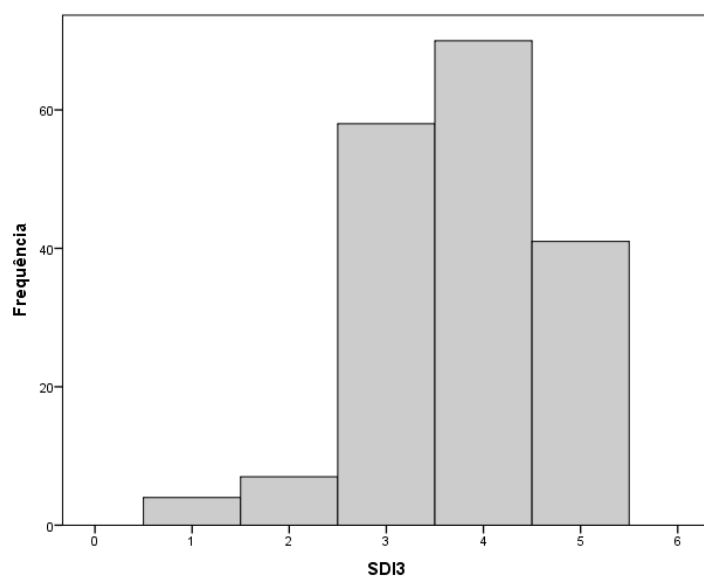
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 38: Histograma das Respostas a SDI2



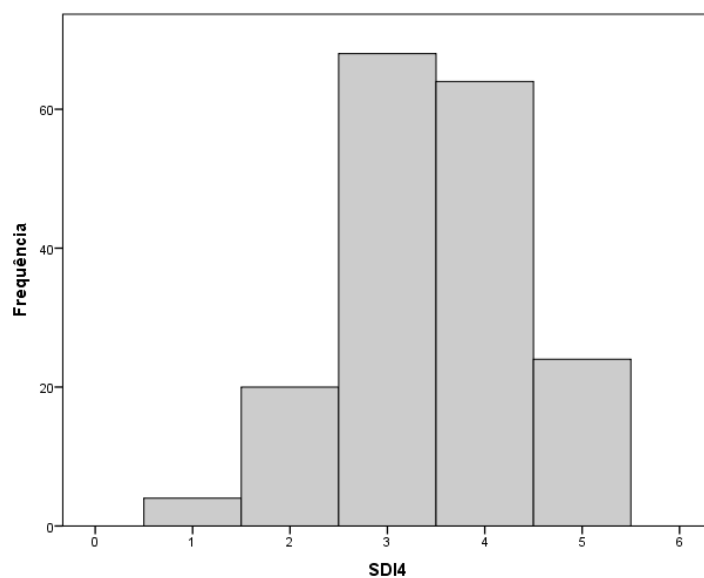
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 39: Histograma das Respostas a SD3



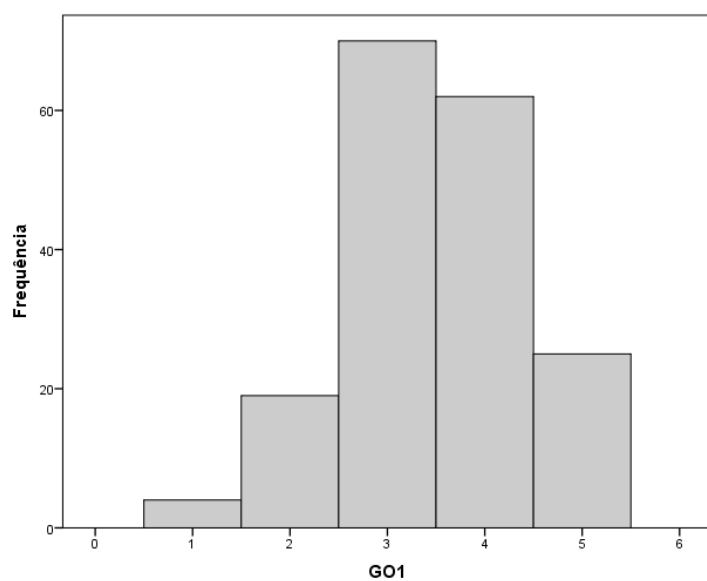
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 40: Histograma das Respostas a SDI4



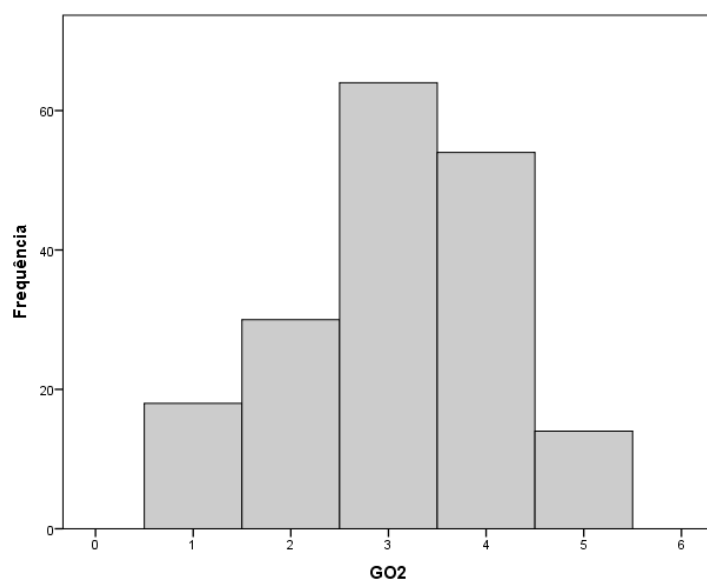
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 41: Histograma das Respostas a GO1



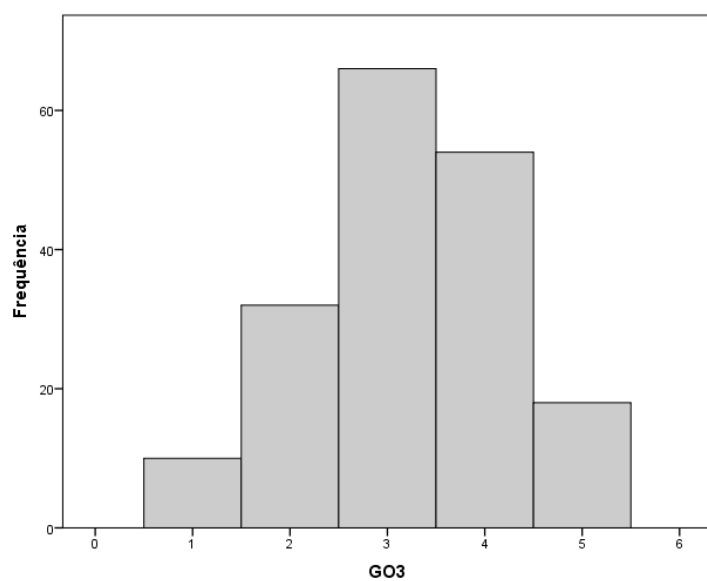
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 42: Histograma das Respostas a GO2



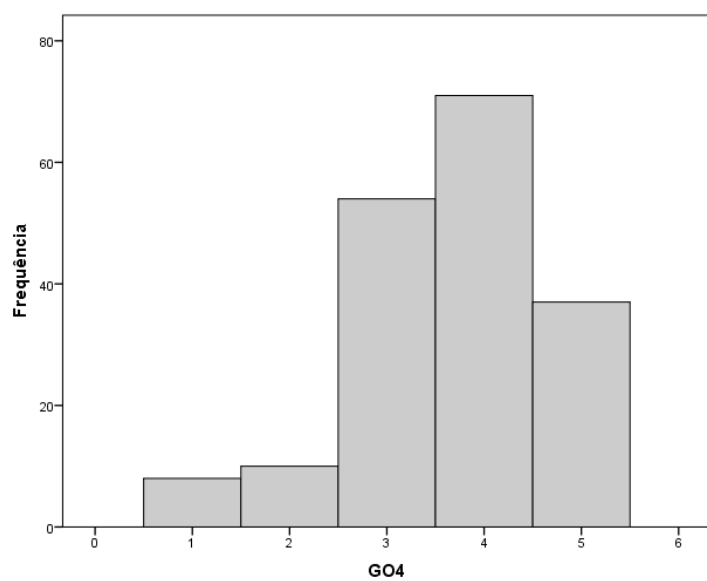
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 43: Histograma das Respostas a GO3



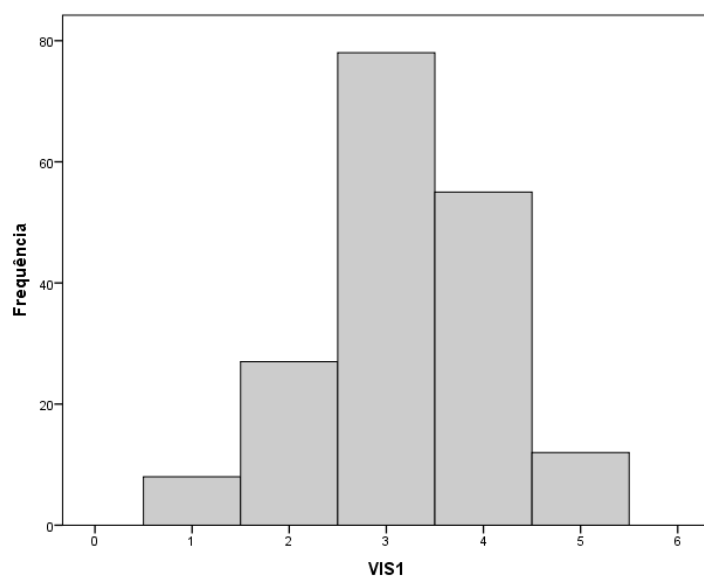
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 44: : Histograma das Respostas a GO4



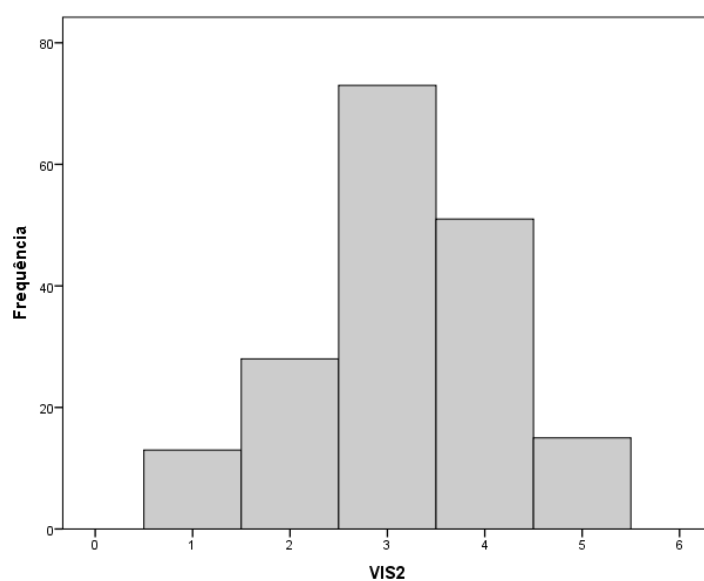
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 45: Histograma das Respostas a VIS1



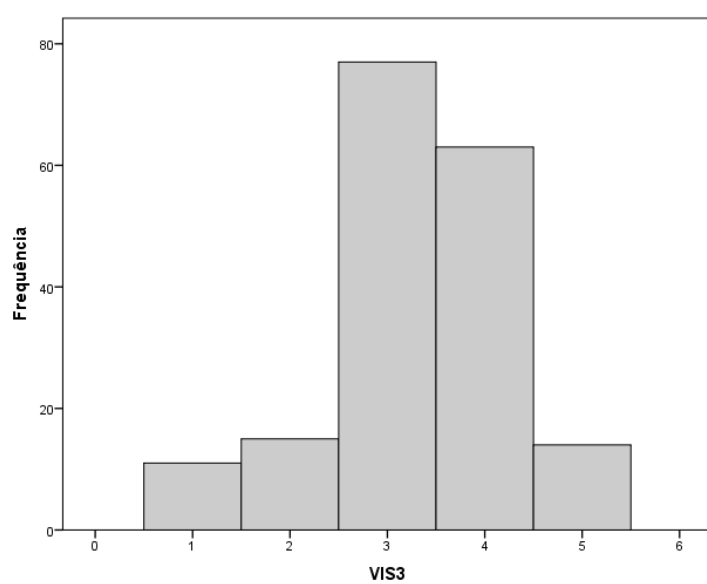
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 46: Histograma das Respostas a VIS2



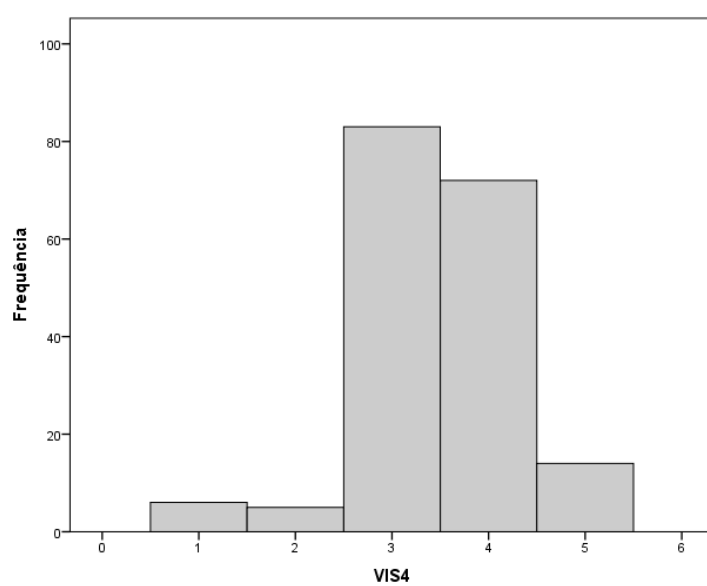
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 47: Histograma das Respostas a VIS3



Fonte: Elaboração Própria

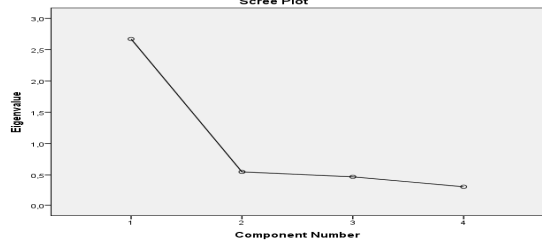
Gráfico 48: Histograma das Respostas a VIS4



Fonte: Elaboração Própria

Anexo V – Outputs da Análise Fatorial para os Indicadores da Cultura Organizacional

Figura 7: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Empowerment.

Correlation Matrix								
	Emp1	Emp2	Emp3	Emp4				
Correlation	Emp1	1,000	,664	,490	,489			
	Emp2	,664	1,000	,560	,599			
	Emp3	,490	,560	1,000	,532			
	Emp4	,489	,599	,532	1,000			
Sig. (1-tailed)	Emp1	,000	,000	,000	,000			
	Emp2	,000	,000	,000	,000			
	Emp3	,000	,000	,000	,000			
	Emp4	,000	,000	,000	,000			
KMO and Bartlett's Test								
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy			,790					
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square		272,677					
	df		6					
	Sig.		,000					
Anti-image Matrices								
	Emp1	Emp2	Emp3	Emp4				
Anti-image Covariance	Emp1	,533	-,228	-,088	-,057			
	Emp2	-,228	,434	-,122	-,164			
	Emp3	-,088	-,122	,611	-,164			
	Emp4	-,057	-,164	-,164	,579			
Anti-image Correlation	Emp1	,780 ^a	-,474	-,154	-,102			
	Emp2	-,474	,742 ^a	-,237	-,328			
	Emp3	-,154	-,237	,843 ^a	-,276			
	Emp4	-,102	-,328	-,276	,820 ^a			
a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)								
Communalities								
	Initial	Extraction						
Emp1	1,000	,657						
Emp2	1,000	,760						
Emp3	1,000	,615						
Emp4	1,000	,639						
Extraction Method: Principal Component Analysis.								
Total Variance Explained								
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings				
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %		
1	2,671	66,768	66,768	2,671	66,768	66,768		
2	,548	13,704	80,473					
3	,470	11,762	92,234					
4	,311	7,766	100,000					
Extraction Method: Principal Component Analysis.								
Scree Plot								
Eigenvalue								
Component Number								
Component Matrix ^a								
	Component							
	1							
Emp1	,810							
Emp2	,872							
Emp3	,784							
Emp4	,799							
Extraction Method: Principal Component Analysis.								
a. 1 components extracted.								
Reproduced Correlations								
	Emp1	Emp2	Emp3	Emp4				
Reproduced Correlation	Emp1	,657 ^a	,706	,636	,648			
	Emp2	,706	,760 ^a	,684	,697			
	Emp3	,636	,684	,615 ^a	,627			
	Emp4	,648	,697	,627	,639 ^a			
Residual ^b	Emp1		-,042	-,146	-,159			
	Emp2	-,042		-,124	-,098			
	Emp3	-,146	-,124		-,095			
	Emp4	-,159	-,098	-,095				
Extraction Method: Principal Component Analysis.								
a. Reproduced communalities								
b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 5 (83,0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.								
Rotated Component Matrix ^a								
a. Only one component was extracted. The solution cannot be rotated.								
Component Score Coefficient Matrix								
	Component							
	1							
Emp1	,303							
Emp2	,326							
Emp3	,294							
Emp4	,299							
Extraction Method: Principal Component Analysis.								
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.								
Component Scores.								

Fonte: Elaboração Própria

Figura 8: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Orientação para a Equipe

Correlation Matrix

	TO1	TO2	TO3	TO4
Correlation	TO1 1,000	,671	,635	,655
	TO2 ,671	1,000	,744	,648
	TO3 ,635	,744	1,000	,692
	TO4 ,655	,648	,692	1,000
Sig. (1-tailed)	TO1 ,000	,000	,000	,000
	TO2 ,000	,000	,000	,000
	TO3 ,000	,000	,000	,000
	TO4 ,000	,000	,000	,000

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	,827
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square 410,153
	df 6
	Sig. ,000

Anti-image Matrices

	TO1	TO2	TO3	TO4
Anti-image	TO1 ,457	-,129	-,055	-,141
Covariance	TO2 -,129	,372	-,171	-,060
	TO3 -,055	-,171	,364	-,137
	TO4 -,141	-,060	-,137	,433
Anti-image	TO1 ,855 ^a	-,314	-,135	-,317
Correlation	TO2 -,314	,809 ^a	-,463	-,149
	TO3 -,135	-,463	,803 ^a	-,344
	TO4 -,317	-,149	-,344	,846 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Communalities

	Initial	Extraction
TO1	1,000	,721
TO2	1,000	,779
TO3	1,000	,783
TO4	1,000	,740

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
Component	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,024	75,589	75,589	3,024	75,589	75,589
2	,381	9,518	85,106			
3	,355	8,884	93,991			
4	,240	6,009	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot

Component Matrix^a

	Component
	t
	1
TO1	,849
TO2	,883
TO3	,885
TO4	,860

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 component(s) extracted.

Reproduced Correlations

	TO1	TO2	TO3	TO4
Reproduced	TO1 ,721 ^a	,750	,752	,731
Correlation	TO2 ,750	,779 ^a	,781	,759
	TO3 ,752	,781	,783 ^a	,761
	TO4 ,731	,759	,761	,740 ^a
Residual ^b	TO1	-,078	-,116	-,075
	TO2	-,078	-,037	-,111
	TO3	-,116	-,037	-,070
	TO4	-,075	-,111	-,070

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. Reproduced communalities

b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 5 (83,0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.

Rotated Component Matrix^a

a. Only one component was extracted. The solution cannot be rotated.

Component Score Coefficient Matrix

	Component
	t
	1
TO1	,281
TO2	,292
TO3	,293
TO4	,284

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Scores.

Fonte: Elaboração Própria

Figura 9: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Capacidade de Desenvolvimento

Correlation Matrix

		CD1	CD2	CD3	CD4
Correlation	CD1	1,000	,551	,548	,577
	CD2	,551	1,000	,538	,614
	CD3	,548	,538	1,000	,743
	CD4	,577	,614	,743	1,000
Sig. (1-tailed)	CD1		,000	,000	,000
	CD2	,000		,000	,000
	CD3	,000	,000		,000
	CD4	,000	,000	,000	

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy				,791
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	324,904		
	df	6		
	Sig.	,000		

Anti-image Matrices

		CD1	CD2	CD3	CD4
Anti-image	CD1	,585	-,161	-,090	-,089
Covariance	CD2	-,161	,560	-,046	-,138
	CD3	-,090	-,046	,423	-,223
	CD4	-,089	-,138	-,223	,369
Anti-image	CD1	,863 ^a	-,282	-,181	-,192
Correlation	CD2	-,282	,843 ^a	-,095	-,303
	CD3	-,181	-,095	,760 ^a	-,564
	CD4	-,192	-,303	-,564	,739 ^a

a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)

Communalities

	Initial	Extraction
CD1	1,000	,631
CD2	1,000	,648
CD3	1,000	,727
CD4	1,000	,785

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
Component	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,790	69,760	69,760	2,790	69,760	69,760
2	,511	12,774	82,535			
3	,451	11,274	93,809			
4	,248	6,191	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot

Component Matrix^a

	Component 1
CD1	,794
CD2	,805
CD3	,853
CD4	,886

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 1 component(s) extracted.

Reproduced Correlations

	CD1	CD2	CD3	CD4
Reproduced	CD1 ,631 ^a	,639	,677	,704
Correlation	CD2 ,639	,648 ^a	,686	,713
	CD3 ,677	,686	,727 ^a	,755
	CD4 ,704	,713	,755	,785 ^a
Residual ^b	CD1	-,088	-,129	-,127
	CD2	-,088	-,148	-,099
	CD3	-,129	-,148	-,012
	CD4	-,127	-,099	-,012

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. Reproduced communalities

b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 5 (63,0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.

Rotated Component Matrix^a

a. Only one component was extracted. The solution cannot be rotated.	
--	--

Component Score Coefficient Matrix

	Component 1
CD1	,265
CD2	,268
CD3	,306
CD4	,317

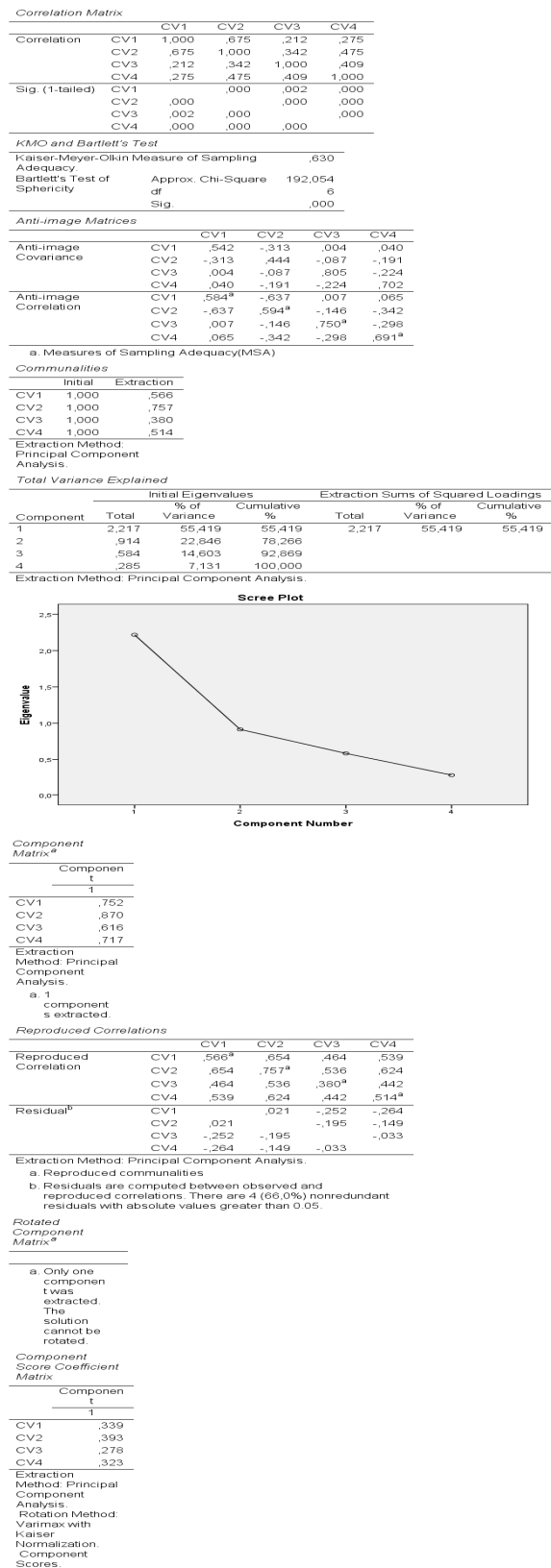
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Component Scores.

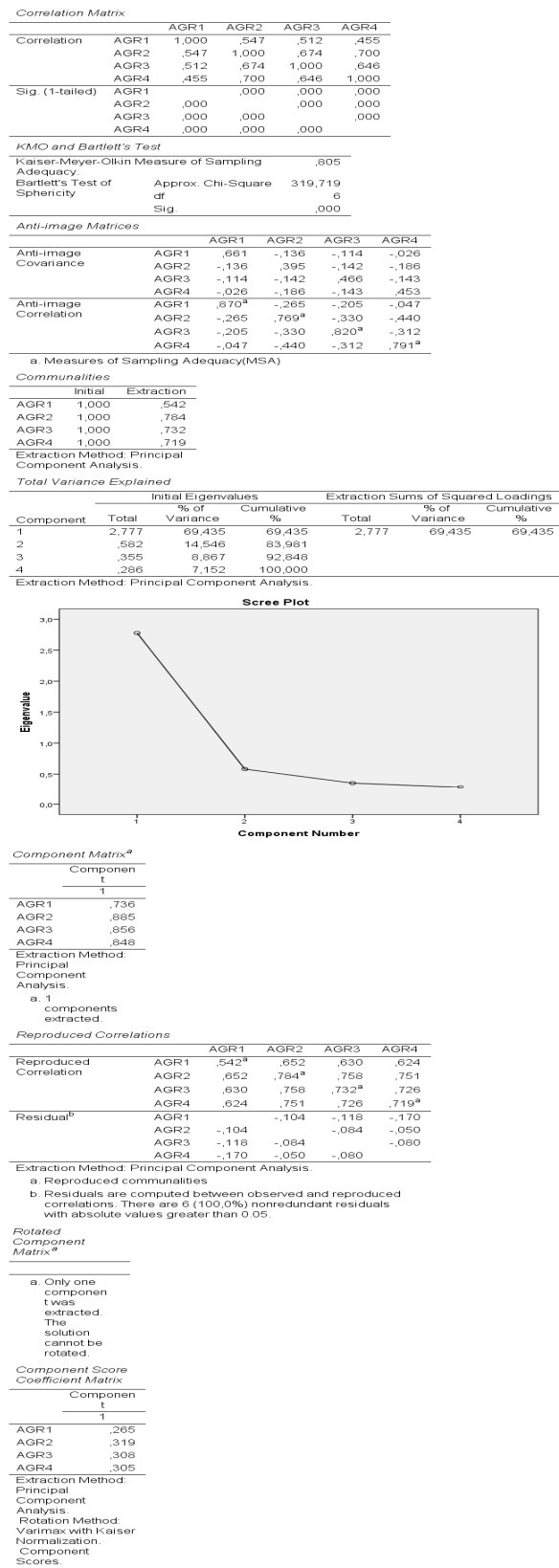
Fonte: Elaboração Própria

Figura 10: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Valores Nucleares



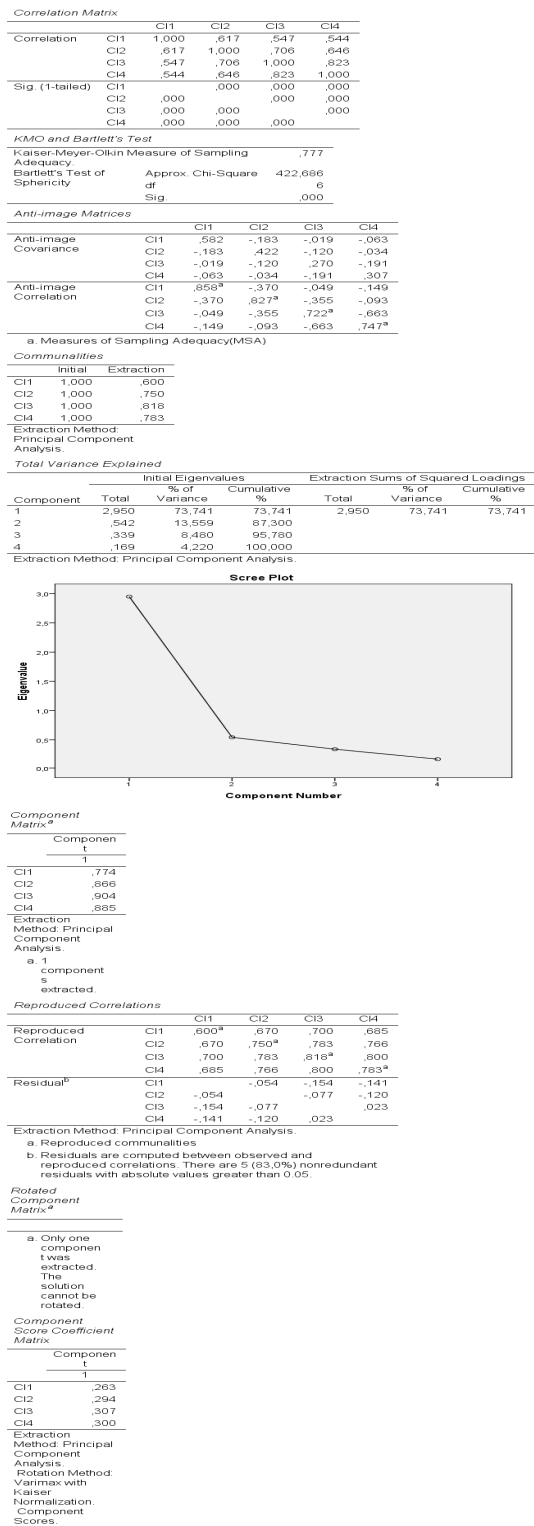
Fonte: Elaboração Própria

Figura 11: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Acordo



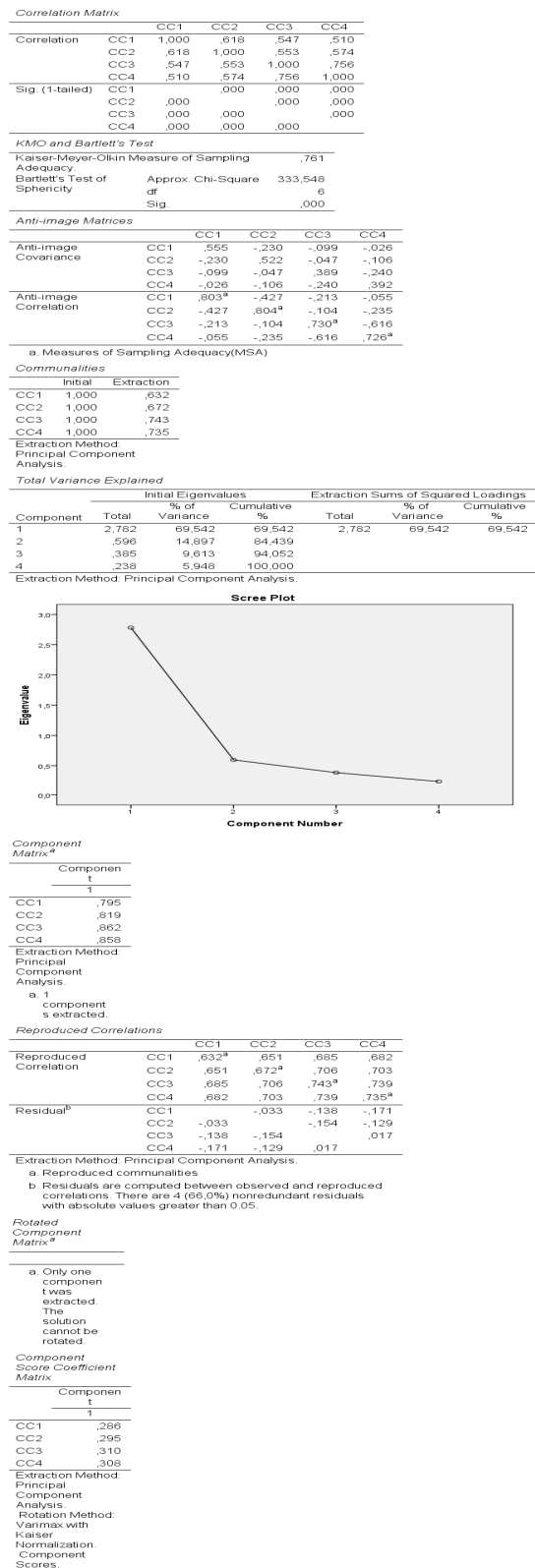
Fonte: Elaboração Própria

Figura 12: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Coordenação e Integração



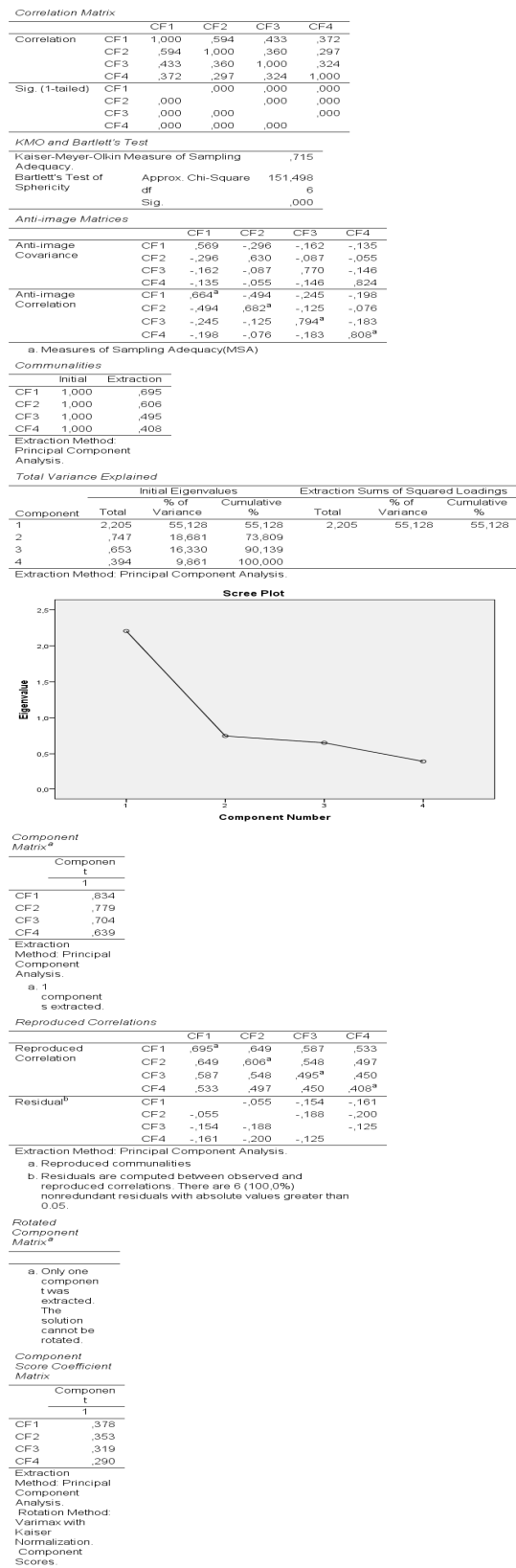
Fonte: Elaboração Própria

Figura 13: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Criação de Mudança



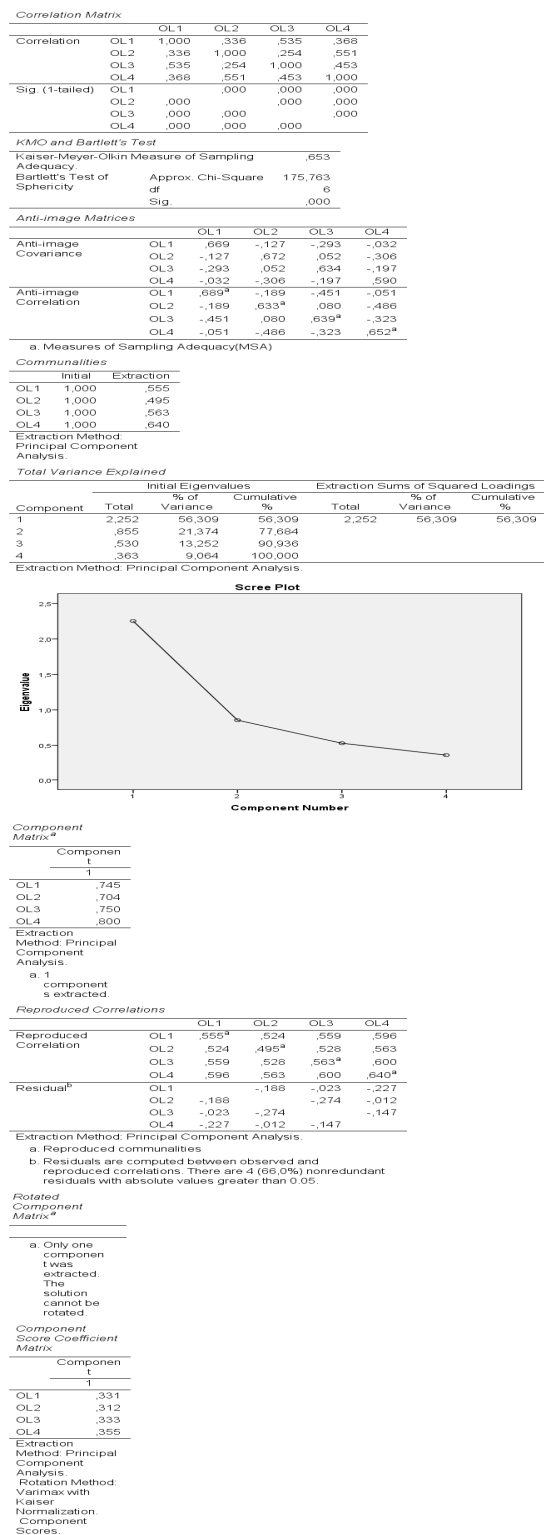
Fonte: Elaboração Própria

Figura 14: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Foco no Cliente



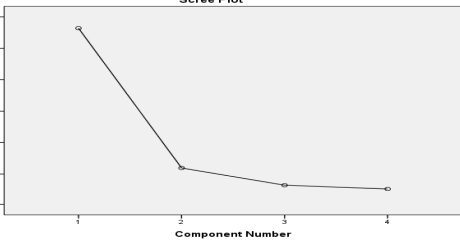
Fonte: Elaboração Própria

Figura 15: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Aprendizagem Organizacional



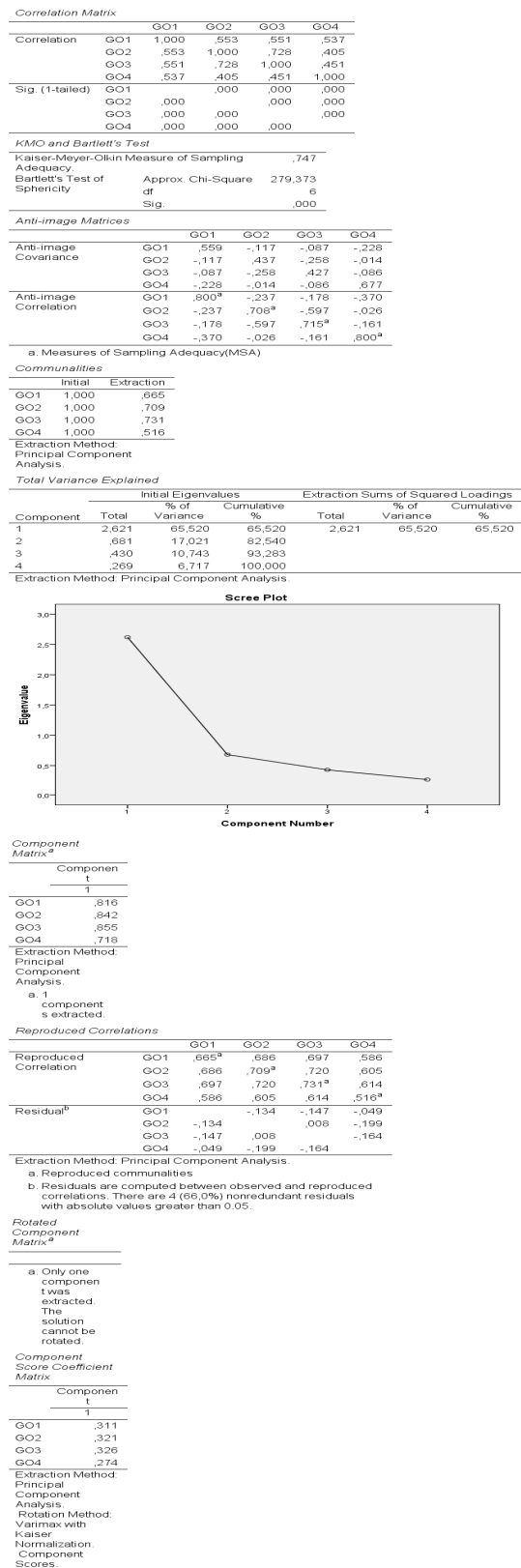
Fonte: Elaboração Própria

Figura 16: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Direção Estratégica e Intenção

Correlation Matrix						
		SDI1	SDI2	SDI3	SDI4	
Correlation	SDI1	1,000	,541	,676	,701	
	SDI2	,541	1,000	,495	,469	
	SDI3	,676	,495	1,000	,731	
	SDI4	,701	,469	,731	1,000	
Sig. (1-tailed)	SDI1		,000	,000	,000	
	SDI2	,000		,000	,000	
	SDI3	,000	,000		,000	
	SDI4	,000	,000	,000		
KMO and Bartlett's Test						
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy					,803	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square				345,478	
	df				6	
	Sig.				,000	
Anti-image Matrices						
		SDI1	SDI2	SDI3	SDI4	
Anti-image Covariance	SDI1	,417	-,147	-,112	-,153	
	SDI2	-,147	,674	-,083	-,028	
	SDI3	-,112	-,083	,403	-,187	
	SDI4	-,153	-,028	-,187	,386	
Anti-image Correlation	SDI1	,807 ^a	-,277	-,274	-,381	
	SDI2	-,277	,879 ^a	-,158	-,055	
	SDI3	-,274	-,158	,792 ^a	-,473	
	SDI4	-,381	-,055	-,473	,770 ^a	
a. Measures of Sampling Adequacy(MSA)						
Communalities						
	Initial	Extraction				
SDI1	1,000	,766				
SDI2	1,000	,524				
SDI3	1,000	,763				
SDI4	1,000	,765				
Extraction Method: Principal Component Analysis.						
Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	% of Cumulative %	Total	% of Variance	% of Cumulative %
1	2,820	70,504	70,504	2,820	70,504	70,504
2	,596	14,897	85,401			
3	,322	8,052	93,452			
4	,262	6,548	100,000			
Extraction Method: Principal Component Analysis.						
Scree Plot						
Eigenvalue						
Component Matrix ^a						
	Component					
	t					
	1					
SDI1		,676				
SDI2		,724				
SDI3		,673				
SDI4		,675				
Extraction Method: Principal Component Analysis.						
a. 1 components extracted.						
Reproduced Correlations						
		SDI1	SDI2	SDI3	SDI4	
Reproduced Correlation	SDI1	,768 ^a	,634	,766	,767	
	SDI2	,634	,524 ^a	,632	,633	
	SDI3	,766	,632	,763 ^a	,764	
	SDI4	,767	,633	,764	,765 ^a	
Residual ^b	SDI1		-,093	-,090	-,065	
	SDI2	-,093		-,137	-,164	
	SDI3	-,090	-,137		-,033	
	SDI4	-,065	-,164	-,033		
Extraction Method: Principal Component Analysis.						
a. Reproduced communalities						
b. Residuals are computed between observed and reproduced correlations. There are 5 (83.0%) nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05.						
Rotated Component Matrix ^a						
a. Only one component t was extracted. The solution cannot be rotated.						
Component Score Coefficient Matrix						
	Component					
	t					
	1					
SDI1		,311				
SDI2		,257				
SDI3		,310				
SDI4		,310				
Extraction Method: Principal Component Analysis.						
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.						
Component Scores.						

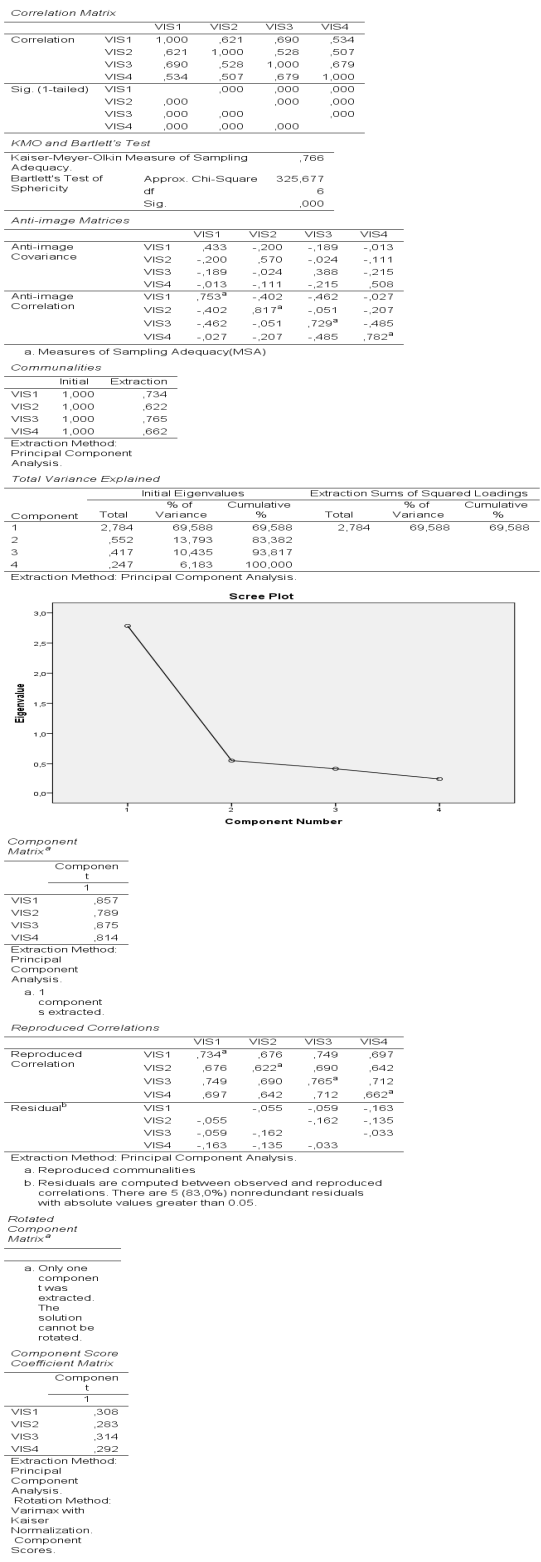
Fonte: Elaboração Própria

Figura 17: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Metas e Objetivos



Fonte: Elaboração Própria

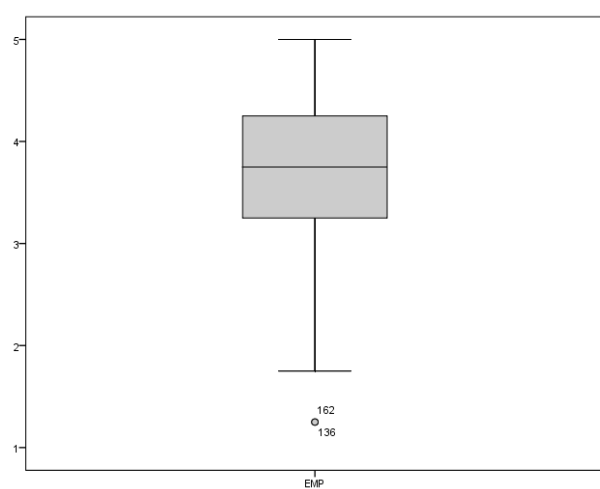
Figura 18: Outputs Análise Fatorial para o Indicador Visão



Fonte: Elaboração Própria

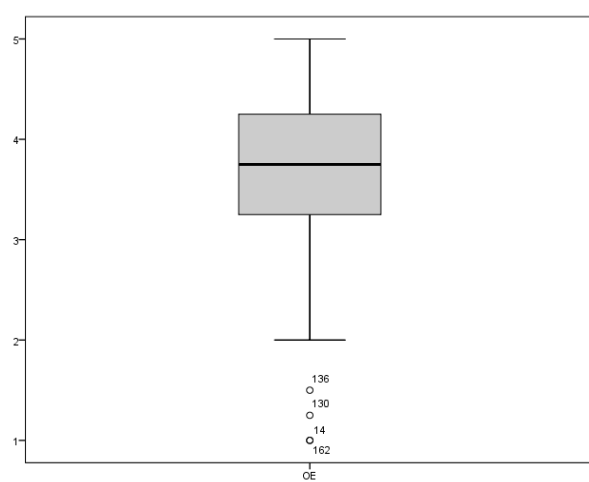
Anexo VI - Diagrama de Caixa dos Indicadores da Cultura Organizacional

Gráfico 49: Diagrama de Caixa Indicador Empowerment



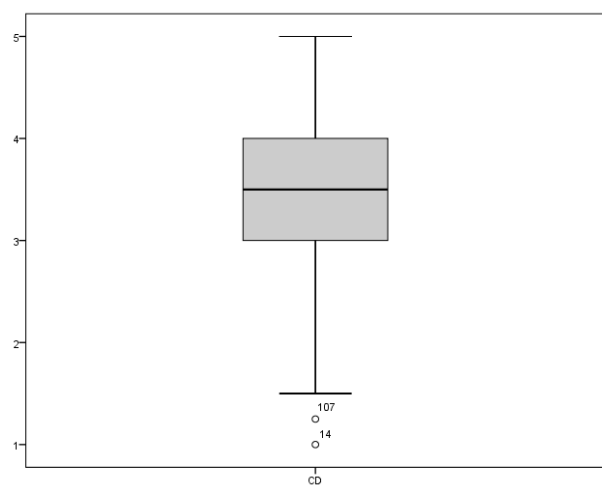
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 50: Diagrama de Caixa Indicador Orientação para a Equipe



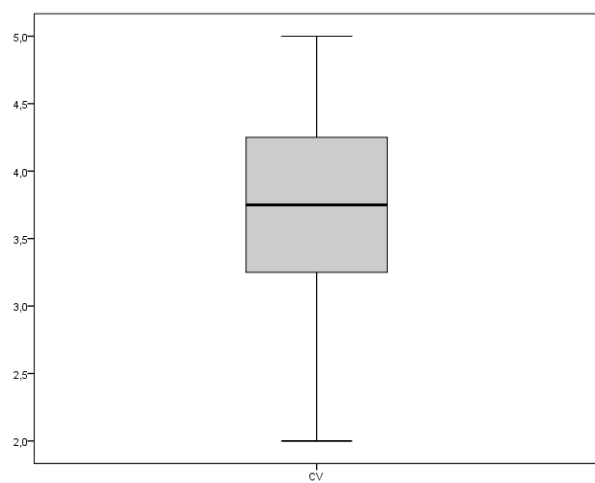
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 51: Diagrama de Caixa Indicador Capacidade de Desenvolvimento



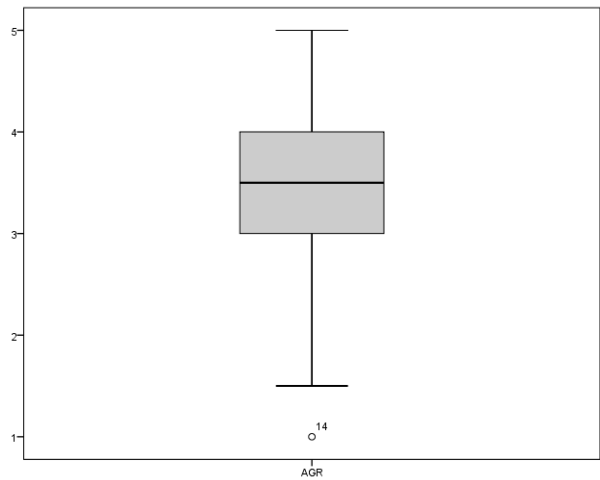
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 52: Diagrama de Caixa Indicador Valores Nucleares



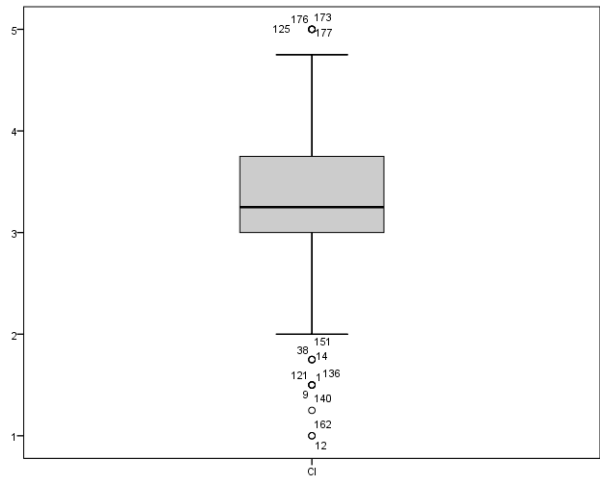
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 53: Diagrama de Caixa Indicador Acordo



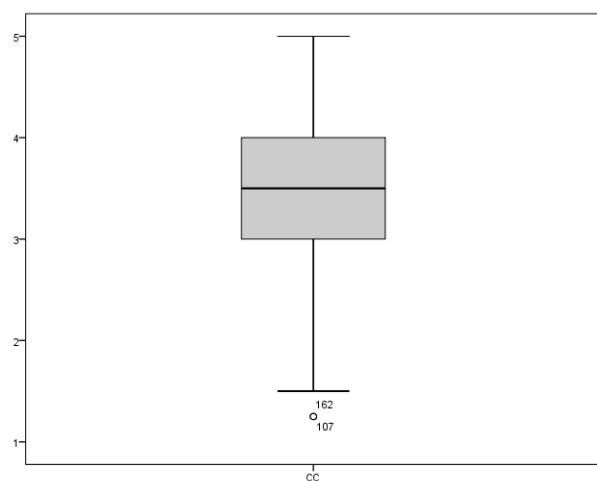
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 54: Diagrama de Caixa Indicador Coordenação e Integração



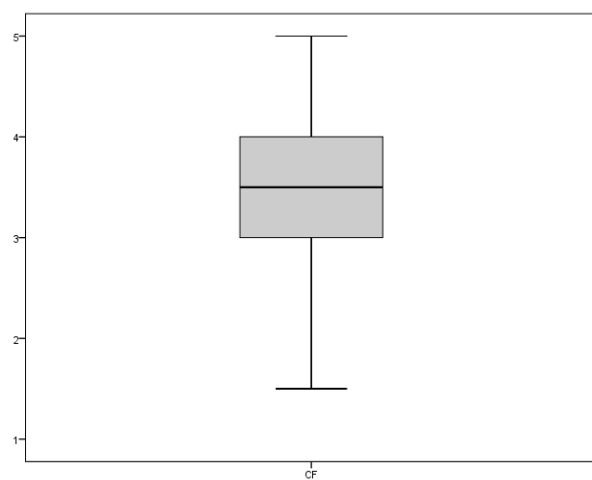
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 55: Diagrama de Caixa Indicador Criação de Mudança



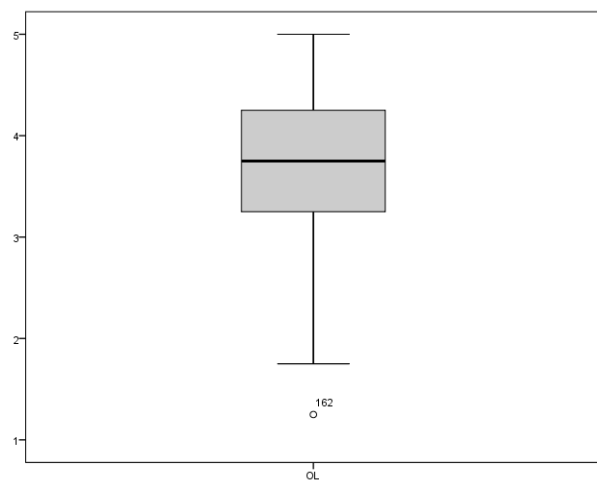
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 56: Diagrama de Caixa Indicador Foco no Cliente



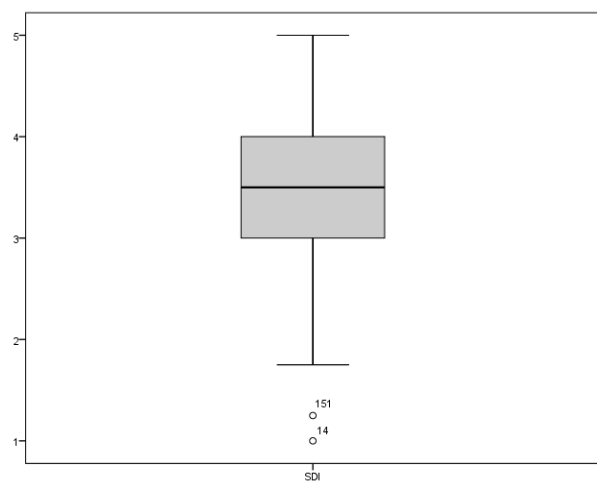
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 57: Diagrama de Caixa Indicador Aprendizagem Organizacional



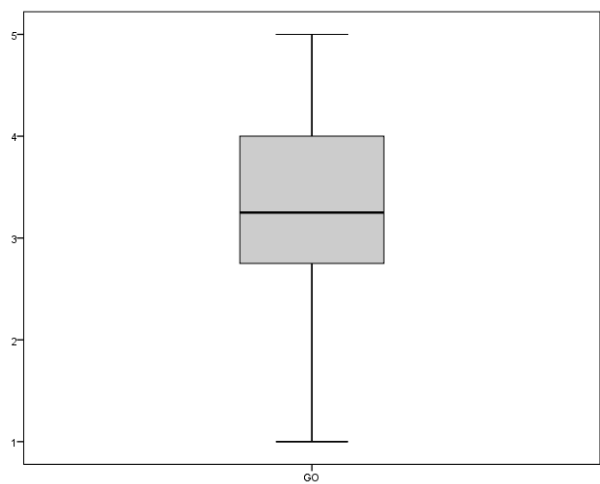
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 58: Diagrama de Caixa Indicador Direção Estratégica e Intenção



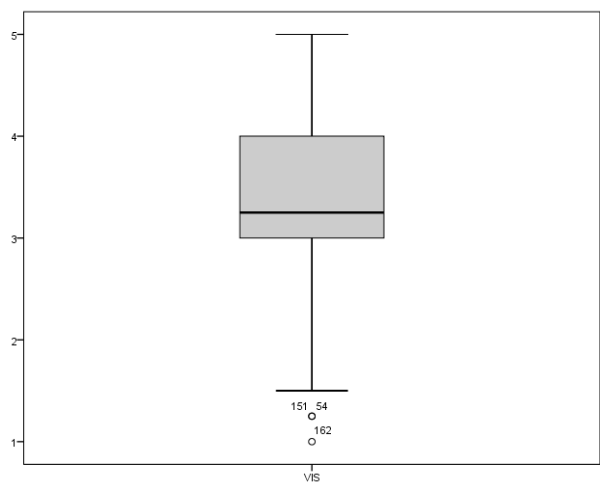
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 59: Diagrama de Caixa Indicador Metas e Objetivos



Fonte: Elaboração Própria

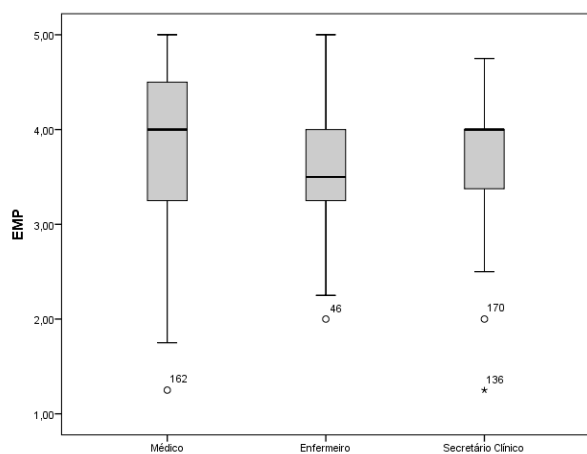
Gráfico 60: Diagrama de Caixa Indicador Visão



Fonte: Elaboração Própria

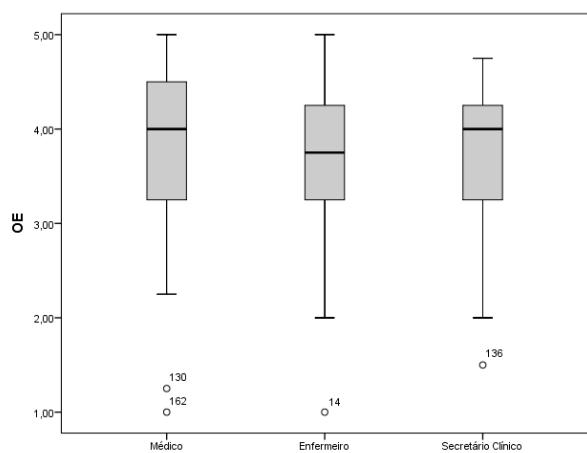
Anexo VII - Diagrama de Caixa dos Indicadores da Cultura Organizacional por Grupo Profissional

Gráfico 61: Diagrama de Caixa Indicador Empowerment por Grupo Profissional



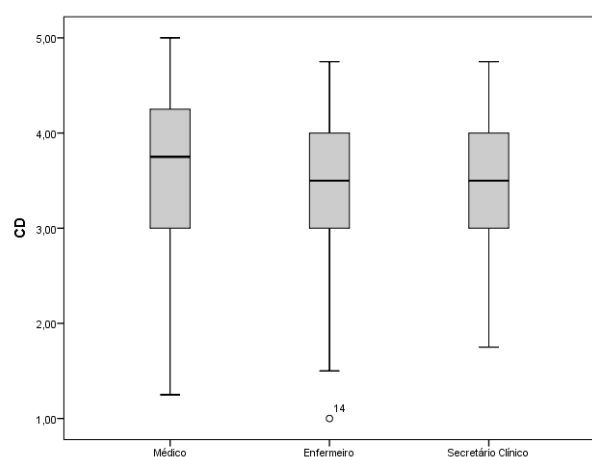
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 62: Diagrama de Caixa Indicador Orientação para a Equipa por Grupo Profissional



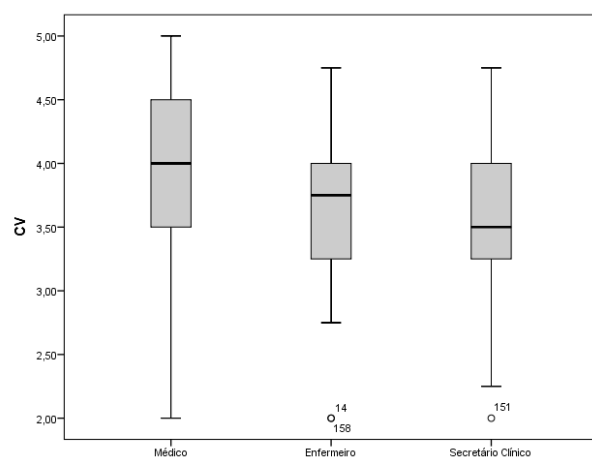
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 63: Diagrama de Caixa Indicador Capacidade de Desenvolvimento por Grupo Profissional



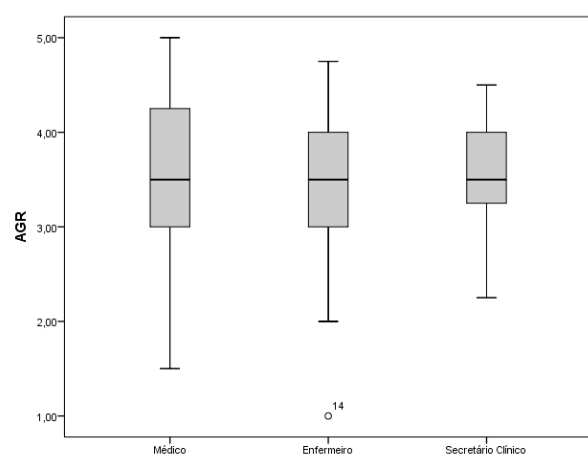
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 64: Diagrama de Caixa Indicador Valores Nucleares por Grupo Profissional



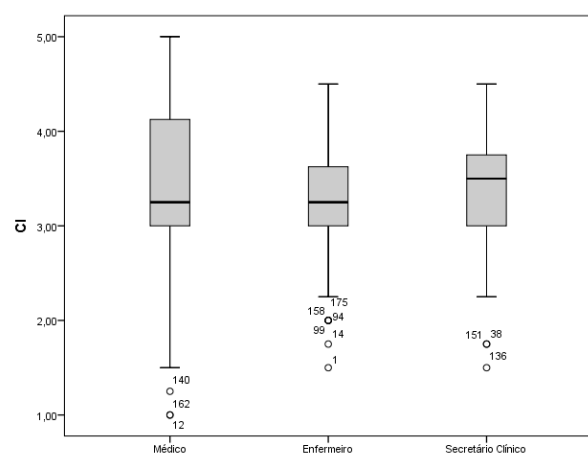
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 65: Diagrama de Caixa Indicador Acordo por Grupo Profissional



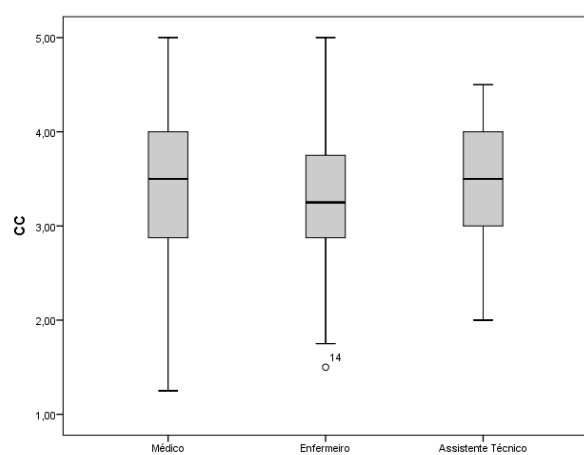
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 66: Diagrama de Caixa Indicador Coordenação e Integração por Grupo Profissional



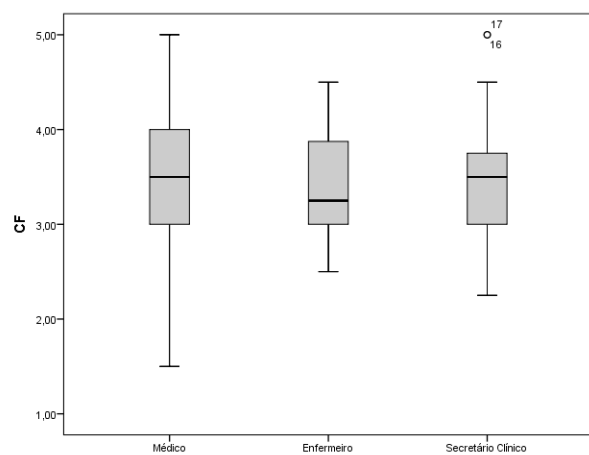
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 67: Diagrama de Caixa Indicador Criação de Mudança por Grupo Profissional



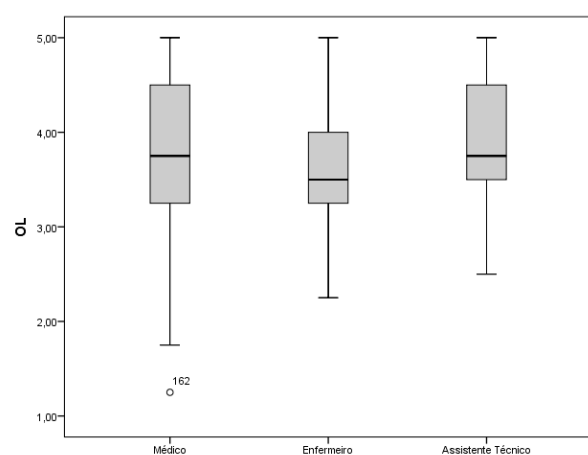
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 68: Diagrama de Caixa Indicador Foco no Cliente por Grupo Profissional



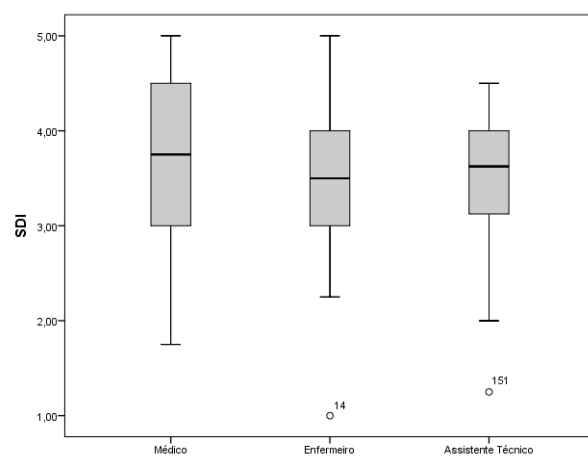
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 69: Diagrama de Caixa Indicador Aprendizagem Organizacional por Grupo Profissional



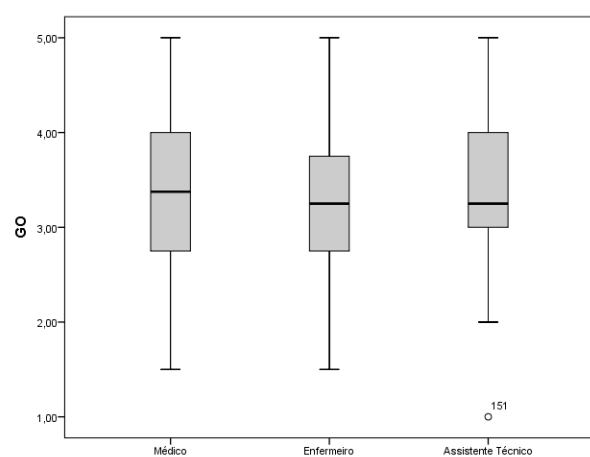
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 70: Diagrama de Caixa Indicador Direção Estratégica e Intenção por Grupo Profissional



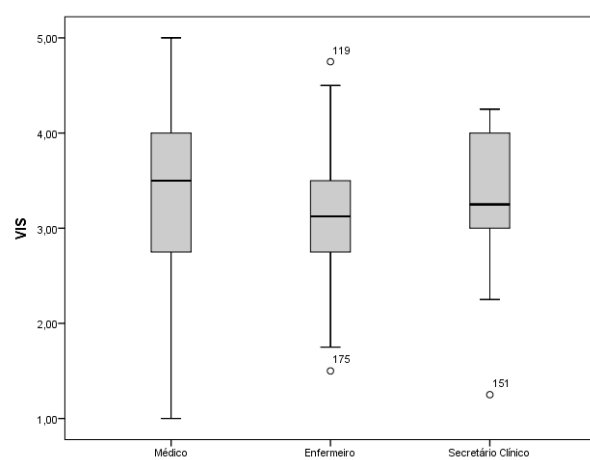
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 71: Diagrama de Caixa Indicador Metas e Objetivos por Grupo Profissional



Fonte: Elaboração Própria

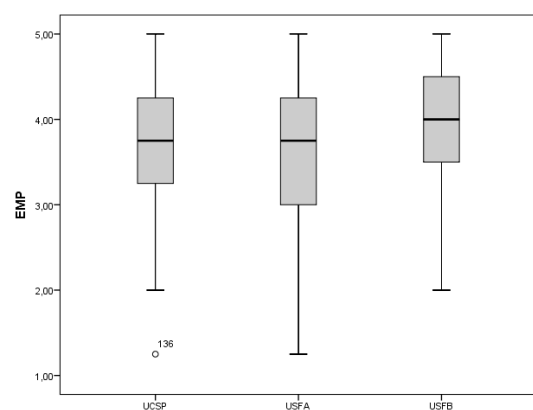
Gráfico 72: Diagrama de Caixa Indicador Visão por Grupo Profissional



Fonte: Elaboração Própria

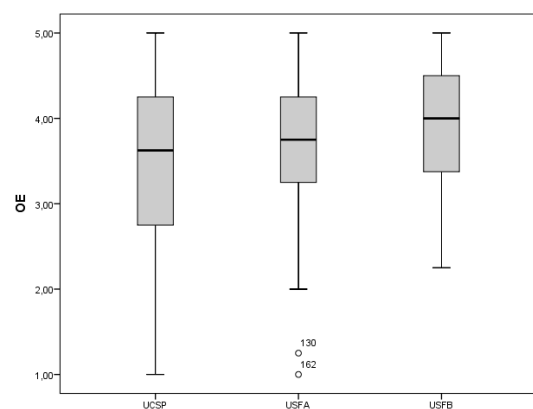
Anexo VIII - Diagrama de Caixa dos Indicadores da Cultura Organizacional por Tipo de Unidade

Gráfico 73: Diagrama de Caixa Indicador Empowerment por Tipo de Unidade



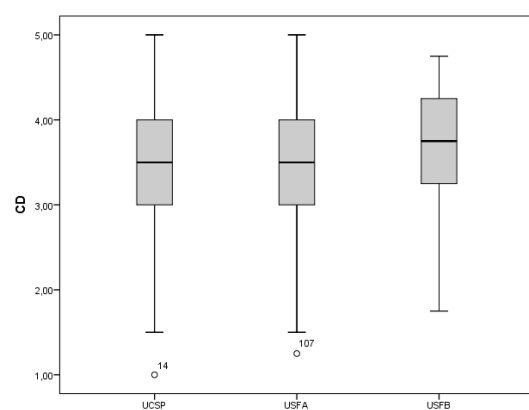
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 74: Diagrama de Caixa Indicador Orientação para a Equipa por Tipo de Unidade



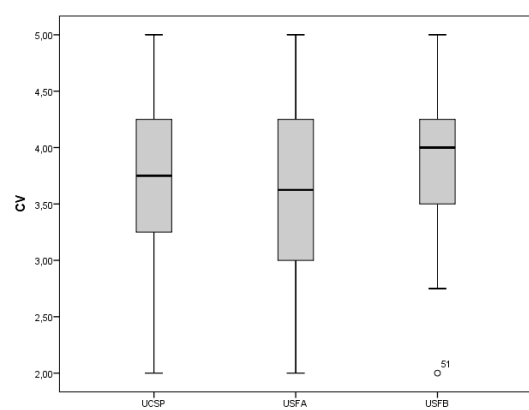
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 75: Diagrama de Caixa Indicador Capacidade de Desenvolvimento por Tipo de Unidade



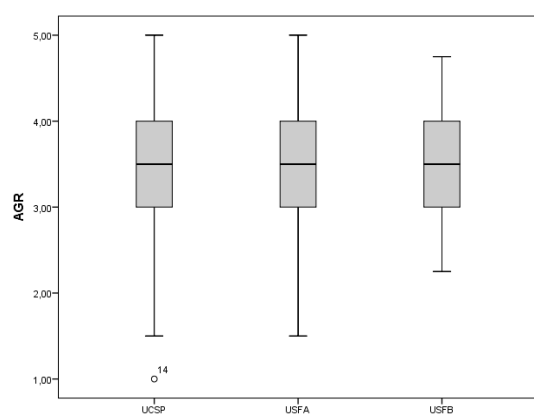
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 76: Diagrama de Caixa Indicador Valores Nucleares por Tipo de Unidade



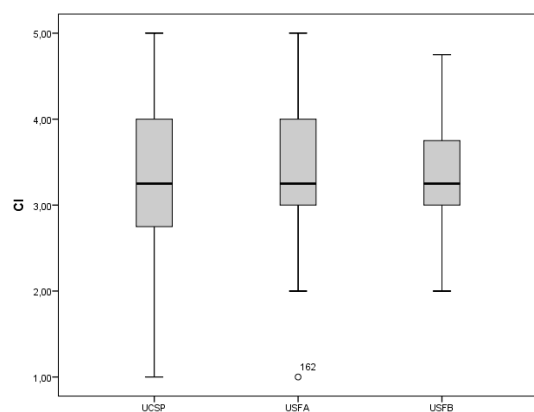
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 77: Diagrama de Caixa Indicador Acordo por Tipo de Unidade



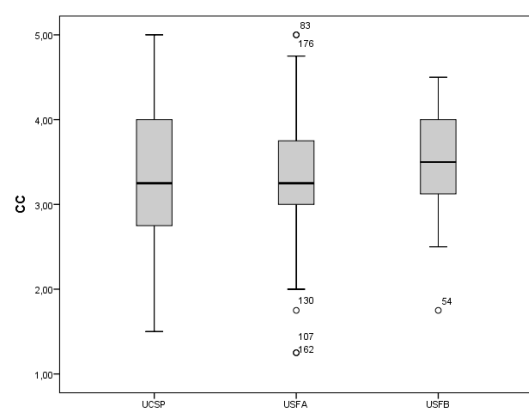
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 78: Diagrama de Caixa Indicador Coordenação e Integração por Tipo de Unidade



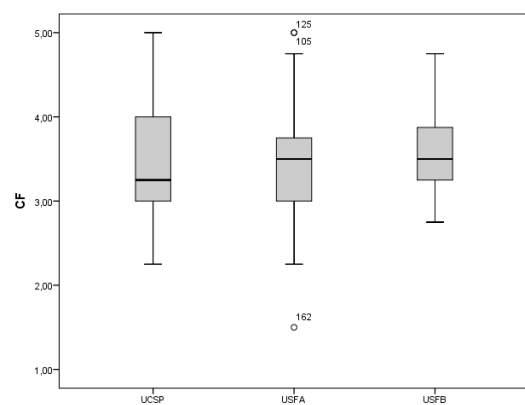
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 79: Diagrama de Caixa Indicador Criação de Mudança por Tipo de Unidade



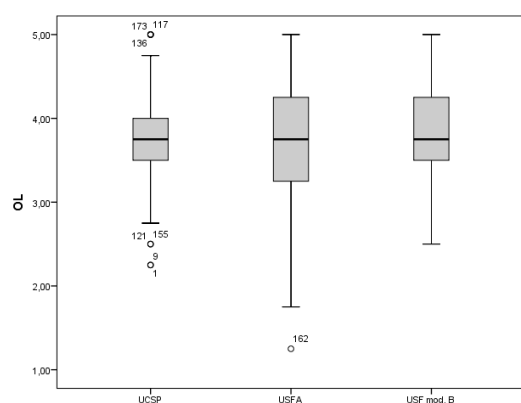
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 80: Diagrama de Caixa Indicador Foco no Cliente por Tipo de Unidade



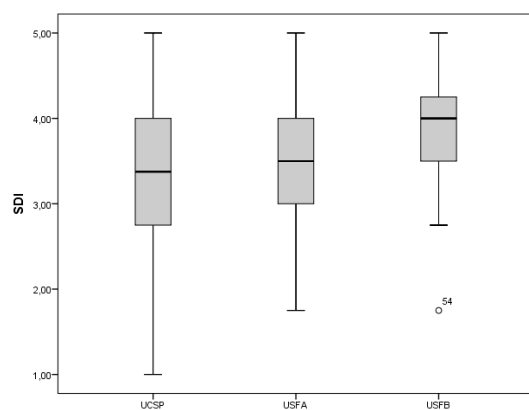
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 81: Diagrama de Caixa Indicador Aprendizagem Organizacional por Tipo de Unidade



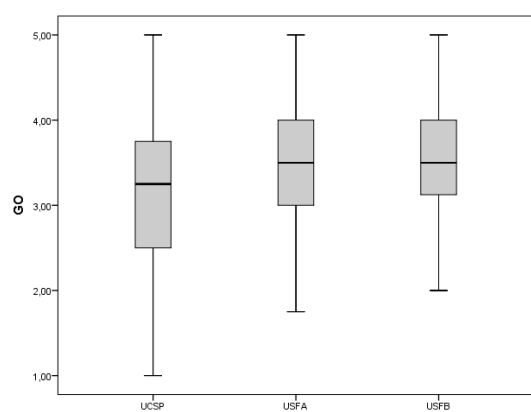
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 82: Diagrama de Caixa Indicador Direção Estratégica e Intenção por Tipo de Unidade



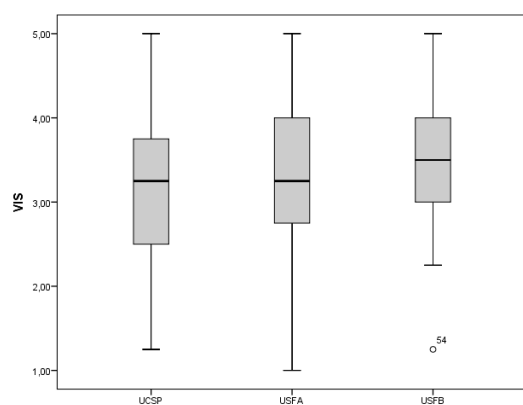
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 83: Diagrama de Caixa Indicador Metas e Objetivos por Tipo de Unidade



Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 84: Diagrama de Caixa Indicador Visão por Tipo de Unidade



Fonte: Elaboração Própria

Anexo IX – Outputs dos Testes Não Paramétricos

Tabela 25: Outputs do Teste de Jonckheere-Terpstra para a Diferença da Distribuição entre Tipos de Unidade

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Number of Levels in Tipo de Unidade	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
N	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180	180
Observed J-T Statistic	6038,500	6163,500	6238,000	5671,500	5404,500	5725,500	5863,000	5915,500	5545,000	6873,000	6355,000	5921,500
Mean J-T Statistic	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000	5386,000
Std. Deviation of J-T Statistic	378,144	378,342	377,975	378,067	377,723	377,027	378,068	376,797	377,667	378,167	378,485	376,935
Std. J-T Statistic	1,726	2,055	2,254	,755	,049	,900	1,262	1,405	,421	3,932	2,560	1,421
Asymp. Sig. (2-tailed)	,084	,040	,024	,450	,961	,368	,207	,160	,674	,000	,010	,155

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipe; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria

Tabela 26: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre as UCSP e as USFA

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Mann-Whitney U	1906,000	1770,500	1760,000	1781,500	1913,000	1838,000	1823,500	1832,000	1784,500	1624,000	1647,000	1823,000
Wilcoxon W	4117,000	3481,500	3471,000	3992,500	4124,000	3549,000	3534,500	3543,000	3995,500	3335,000	3358,000	3534,000
Z	-,040	-,722	-,776	-,667	-,005	-,383	-,456	-,414	-,653	-1,460	-1,343	-,459
Asymp. Sig. (2-tailed)	,968	,470	,438	,505	,996	,701	,649	,679	,514	,144	,179	,646

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipe; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria

Tabela 27: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre as UCSP e as USFB

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Mann-Whitney U	1319,500	1265,000	1228,500	1489,500	1613,500	1463,500	1418,500	1388,000	1548,000	942,500	1186,500	1363,500
Wilcoxon W	3030,500	2976,000	2939,500	3200,500	3324,500	3174,500	3129,500	3099,000	3259,000	2653,500	2897,500	3074,500
Z	-1,738	-2,045	-2,255	-,768	-,060	-,916	-1,172	-1,350	-,434	-3,888	-2,493	-1,490
Asymp. Sig. (2-tailed)	,082	,041	,024	,442	,952	,359	,241	,177	,664	,000	,013	,136

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipe; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria

Tabela 28: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre as USFA e as USFB

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Mann-Whitney U	1492,000	1573,000	1545,500	1564,500	1839,000	1745,000	1667,000	1636,500	1635,500	1332,500	1583,500	1664,000
Wilcoxon W	3703,000	3784,000	3756,500	3775,500	4050,000	3956,000	3878,000	3847,500	3846,500	3543,500	3794,500	3875,000
Z	-1,839	-1,422	-1,565	-1,466	-,047	-,536	-,936	-1,099	-1,099	-2,664	-1,366	-,955
Asymp. Sig. (2-tailed)	,066	,155	,118	,143	,963	,592	,349	,272	,272	,008	,172	,340

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipe; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI - Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria

Tabela 29: Outputs do Teste de Kruskal-Wallis para a Diferença da Mediana entre os Grupos Profissionais

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Chi-Square	5,416	1,177	2,298	9,114	1,350	2,695	1,969	1,412	6,011	3,906	1,714	5,908
df	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,067	,555	,317	,010	,509	,260	,374	,494	,050	,142	,424	,052

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipe; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria

Tabela 30: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre os Médicos e os Enfermeiros

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Mann-Whitney U	1600,500	1832,500	1773,000	1590,500	1901,500	1804,000	1833,500	1823,500	1712,500	1672,000	1799,000	1644,500
Wilcoxon W	3680,500	3912,500	3853,000	3670,500	3981,500	3884,000	3913,500	3903,500	3792,500	3752,000	3879,000	3724,500
Z	-2,142	-1,031	-1,318	-2,194	-,702	-1,173	-1,028	-1,080	-1,610	-1,800	-1,191	-1,937
Asymp. Sig. (2-tailed)	,032	,302	,187	,028	,483	,241	,304	,280	,107	,072	,234	,053

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipe; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria

Tabela 31: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre os Médicos e os Secretários Clínicos

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Mann-Whitney U	1438,000	1528,000	1435,000	1159,000	1616,500	1640,000	1624,500	1661,000	1560,500	1518,500	1631,000	1641,000
Wilcoxon W	2816,000	2906,000	2813,000	2537,000	3696,500	3720,000	3704,500	3741,000	3640,500	2896,500	3009,000	3019,000
Z	-1,263	-,759	-1,279	-2,819	-,265	-,134	-,220	-,017	-,578	-,812	-,184	-,129
Asymp. Sig. (2-tailed)	,207	,448	,201	,005	,791	,893	,826	,987	,563	,417	,854	,898

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipe; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria

Tabela 32: Outputs do Teste de Mann-Whitney para a Diferença da Mediana entre os Enfermeiros e os Secretários Clínicos

	EMP	TO	CD	CV	AGR	CI	CC	CF	OL	SDI	GO	VIS
Mann-Whitney U	1421,000	1616,000	1653,500	1498,000	1444,500	1371,000	1421,000	1494,500	1220,000	1418,000	1480,000	1261,500
Wilcoxon W	3501,000	3696,000	3031,500	2876,000	3524,500	3451,000	3501,000	3574,500	3300,000	3498,000	3560,000	3341,500
Z	-1,360	-,268	-,059	-,928	-1,230	-1,644	-1,359	-,951	-2,487	-1,376	-1,028	-2,262
Asymp. Sig. (2-tailed)	,174	,789	,953	,353	,219	,100	,174	,341	,013	,169	,304	,024

Legenda: EMP – Empowerment; TO – Orientação para a Equipe; CD – Capacidade de Desenvolvimento; AGR – Acordo; CI – Coordenação e Integração; CC – Criação de Mudança; CF – Foco no Cliente; OL – Aprendizagem Organizacional; SDI – Direção Estratégica e Intenção; GO – Metas e Objetivos; VIS – Visão. Fonte: Elaboração Própria

Anexo X - *Output* da Correlação de Pearson entre os Indicadores da Cultura Organizacional e a Mediana do Desempenho dos Indicadores do Índice de Desempenho Sectorial Área do Desempenho Assistencial por Tipologia de Unidade.

a. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
 * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
 c. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.